

Logopeders arbeid med barneheveshet

En kvantitativ undersøkelse

Av Mari Hjerpekjøn



Masteroppgave i spesialpedagogikk
Institutt for spesialpedagogikk

Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2012

Logopeders arbeid med barneheshet; en kvantitativ undersøkelse

© Mari Hjerpekjøn

2012

Logopeders arbeid med barneheshet

Mari Hjerpekjøn

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn, formål og problemstilling

Bakgrunn for å skrive en oppgave om barneheshet er en interesse som viste seg i løpet av det første året på logopedistudiet. Her opplevde jeg at fokuset på behandling av barneheshet er gjennom rådgivning til foreldre og barn, det vil si indirekte arbeid. Dette gjorde meg nysgjerrig på om dette er felles for logopeder i Norge, eller om de også arbeider direkte med hesheten. I tillegg ønsket jeg å lære mer om hese barn.

Formålet med oppgaven er å se nærmere på hvordan logopeder arbeider med hese barn, undersøke hvordan barna blir henvist til logoped, samt finne ut av om logopedene mener det er behov for informasjon om barneheshet til ansatte i barnehage og skole. Målet er å finne ut hvordan dette fungerer i praksis blant logopeder i Norge. Problemstillingen for oppgaven er:

«Hvordan arbeider logopeder med hese barn?»

For å komme frem til problemstillingen og utarbeide gode spørsmål til undersøkelsen har jeg jobbet ut fra tre forskningsspørsmål:

- 1: Arbeider logopeder indirekte eller direkte med barneheshet?
- 2: Hvordan blir barna henvist til logoped?
- 3: Er det nok informasjon om barneheshet blant barnehage- og skoleansatte?

Metode

Det ble benyttet kvantitativ metode ved bruk av en elektronisk spørreundersøkelse. Denne nettundersøkelsen er konstruert og administrert ved bruk av Universitetet i Oslos tjeneste; nettskjema, og ble sendt ut til informantene på e-post. E-postadressene ble hentet inn ved henvendelse til regionslagene i Norsk Logopedlag. Utvalget i undersøkelsen består av logopeder som arbeider, eller har arbeidet, med barneheshet hos barn mellom 3 og 12 år i løpet av det siste året, og som er medlem av Norsk Logopedlag. Utvalget består av 39 logopeder, og deres svar på spørreundersøkelsen vil presenteres som undersøkelsens resultater, og drøftes.

Dataanalyse

Dataene som ble samlet inn i undersøkelsen er behandlet og analysert i dataprogrammet SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Det er benyttet deskriptiv statistikk på grunn av problemstillingens karakter. Funnene er analysert ved hjelp av krystabeller, Persons R og Spearman's Rho, og noen få variabler er signifikante og har en korrelasjon. Resultatene presenteres i form av tekst, tabeller og grafisk fremstilling.

Resultater og konklusjoner

Resultatene viser at de fleste logopedene i undersøkelsen velger en kombinasjon av indirekte og direkte arbeid med barneheshet, og det er særlig tre aspekter som er viktige i forhold til dette valget. Det er «barnet er for ung til å ta ansvar selv», «familiekultur – hele familien trenger rådgivning og/eller tiltak» og «årsak til hesheten er avgjørende for hvilken tilnærming jeg velger». Logopedene har i gjennomsnitt arbeidet med 2,67 hese barn i løpet av det siste året, og gjennomsnittlig antall barn er høyere hos de som arbeider privat enn de som arbeider offentlig. Resultatene viser også at det er høyere gjennomsnitt av antall barn blant logopedene som arbeider i en bykommune, kontra de som arbeider i en landkommune. Logopedene arbeider i gjennomsnitt 3,03 timer med hvert hese barn i løpet av en måned. De fleste logopedene mener logopedisk arbeid med barneheshet er nyttig. Ellers er de opptatt av samarbeid med familien og at årsak har mye å si for arbeidet.

Når det gjelder henvisning til logoped, viser resultatene at det oftest er øre-nese-halslege som henviser barna. De fleste logopedene henviser alltid til øre-nese-halslege dersom dette ikke har vært gjort, mens de «ofte» eller «sjelden» sender ny henvisning dersom tiltak ikke fører frem.

De fleste logopedene mener det i stor grad er behov for informasjon om barneheshet til ansatte i barnehage og skole, mens de i noen grad tror flere barn hadde blitt henvist til logoped dersom ansatte i skole og barnehage hadde fått denne informasjonen. De fleste logopedene har i noen grad vært ute og gitt informasjon.

Resultatene fra undersøkelsen viser også at det er mange logopeder som ikke arbeider med barneheshet. 33,8 prosent av de som ikke arbeider med hese barn, opplyser at grunnen til dette er at de ikke har fått noen barn henvist.

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på seks års studier. Skriveprosessen har vært lærerik, men også krevende og utfordrende. Det er derfor med stor glede jeg nå skriver de siste ordene på denne oppgaven.

Det er mange jeg ønsker å takke. Først vil jeg takke alle informantene som tok seg tid til å besvare min spørreundersøkelse, og ikke minst lederne i regionslagene i Norsk logopedlag som hjalp meg med å komme i kontakt med informantene. Takk også til studievenninner som tok seg tid til å teste, og komme med tilbakemeldinger på spørreundersøkelsen, før den ble sendt ut.

Takk til min veileder, Jorid Løvbakk for god hjelp, veiledning og oppmuntrende ord underveis. Ønsker også å rette en takk til Peer Møller Sørensen for god hjelp med SPSS og statistikk.

Jeg vil også takke alle studievenninner på Helga Eng for mange fine faglige, og mindre faglige diskusjoner, lunsjer og middager. En spesiell takk til Kystlogopedene som har gjort studietiden minneverdig og ikke minst dannet grunnlaget for lange, gode vennskap fremover.

Takk til familie og venner som har vært tålmodige og støttet meg i denne perioden. Og en stor takk til Lars og Marianne for korrekturlesing. Sist, men ikke minst vil jeg takke Tom for gode klemmer, råd og oppmuntrende ord gjennom hele prosessen.

Oslo, mai 2012

Mari Hjerpekjøn

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Oppgavens tema	1
1.2	Oppgavens oppbygning	2
2	Stemmen.....	4
2.1	Pusten.....	4
2.1.1	Pust og stemmeproduksjon	5
2.2	Strupen.....	5
2.2.1	Barnestrupen	6
2.2.2	Stemmebåndene	7
2.3	Stemmeproduksjon.....	9
2.4	Stemmevansker	11
3	Stemmevansker hos barn	13
3.1	Barneheshet.....	13
3.2	Stemmebåndsknuter	14
3.3	Papillomer	15
3.4	Intubasjonsskader	16
3.5	Medfødte pareser.....	17
3.6	Web (medfødt)	18
3.7	Cyster.....	19
3.8	Sulkus	19
3.9	Årsaker og risikofaktorer	21
3.9.1	Kjønn	21
3.9.2	Personlighetstrekk	22
3.9.3	Psykiske faktorer.....	23
3.9.4	Medisinske faktorer.....	23
3.9.5	Miljømessige og kulturelle faktorer	24
3.9.6	By og land.....	25
4	Logopedens arbeid med barneheshet.....	26
4.1	Indirekte arbeid	27
4.1.1	Rådgivning.....	28
4.1.2	Rådgivning og indirekte arbeid med barneheshet	28

4.2	Direkte arbeid.....	29
4.3	Kombinasjon av indirekte og direkte arbeid.....	31
4.4	Øre-nese-hals undersøkelse	31
4.4.1	Laryngoskopi	31
4.4.2	Stroboskopi	32
4.5	Lovverk.....	32
5	Metode	34
5.1	Populasjon og utvalg	35
5.1.1	Undersøkelsens populasjon og utvalg	35
5.2	Survey	36
5.3	Planlegging og utforming av spørreskjema	37
5.3.1	Spørreskjema på nett; Nettskjema.....	38
5.3.2	Spørsmålsutforming	39
5.4	Statistikk	43
5.5	Validitet og reliabilitet.....	45
5.5.1	Indre validitet	45
5.5.2	Begrepsvaliditet	46
5.5.3	Ytre validitet	46
5.5.4	Reliabilitet.....	47
5.6	Etiske betraktninger.....	47
6	Presentasjon av resultater.....	50
6.1	Logopedene i undersøkelsen.....	51
6.1.1	Logopedene som ikke arbeider med hese barn	52
6.2	Logopedenes arbeid med hese barn.....	53
6.3	Henvisning	56
6.4	Informasjon og informasjonsbehov.....	58
7	Drøfting	61
7.1	Logopedene i undersøkelsen.....	61
7.1.1	Logopedene som ikke arbeider med hese barn	62
7.2	Logopedenes arbeid med hese barn.....	64
7.3	Henvisning	70
7.4	Informasjon og informasjonsbehov.....	72
7.5	Drøfting av metode.....	74

7.5.1	Validitet	75
7.5.2	Reliabilitet.....	76
8	Avslutning	78
8.1	Videre arbeid.....	79
	Litteraturliste	81
	Vedlegg	85
	Vedlegg 1: Nettskjema.....	85
	Vedlegg 2: Informasjonsbrev	90
	Vedlegg 3: Brev fra NSD.....	92
	 Figur 1 Forskjell på strupen til små barn (A) og voksne (B).	5
	Figur 2 Strukturen på stemmebåndene sett fra siden, hos a) voksne og b) barn (nyfødt)	8
	Figur 3 Strukturen på stemmebåndene, ulike fibre	8
	Figur 4 En glottisbølge på stemmebåndene, fra siden og ovenfra	10
	Figur 5 Stemmebåndene sett ovenfra	10
	Figur 6 Stemmebåndsknuter	15
	Figur 7 Juvenile papillomer	16
	Figur 8 Web	19
	Figur 9 Sulkus (sett fra siden)	20
	Figur 10 Logopedenes geografiske fordeling	51
	Figur 11 I hvilken grad logopedene mener det er behov for informasjon om barneheshet til ansatte i barnehage og skole	58
	 Tabell 1 Oversikt over om logopedene er i målgruppen for resten av undersøkelsen	52
	Tabell 2 Gjennomsnittlig antall barn sammenliknet med privat og offentlig	53
	Tabell 3 Gjennomsnittlig antall barn sammenliknet med by- eller landkommune	54
	Tabell 4 I hvilken grad barna blir mindre hese	55
	Tabell 5 Gjennomsnittlig antall timer fordelt på arbeidssted.....	55
	Tabell 6 Når arbeidet med hese barn avsluttes	56
	Tabell 7 Oversikt over hvem som henviser til logoped.....	57
	Tabell 8 Oversikt over om logopeden sender ny henvisning til ønh-lege dersom tiltak ikke fører frem	58
	Tabell 9 Sammenheng mellom informasjonsbehov og ansatte i PP-tjenesten og andre offentlige	59

1 Innledning

I dette kapittelet vil det først redegjøres for oppgavens tema, og hvorfor dette temaet ble valgt. Videre redegjøres det for hvilke forskningsspørsmål jeg har jobbet ut i fra, og hvilken problemstilling jeg har kommet frem til. Det vil også redegjøres for definisjoner og avgrensning av ulike begrep og uttrykk. Til slutt i kapittelet presenteres oppgavens oppbygning.

1.1 Oppgavens tema

Denne oppgaven handler om logopeders arbeid med hese barn. Barneheshet er et fenomen jeg har et inntrykk av at ikke er så godt kjent blant folk generelt. Mange har møtt hese barn, men kanskje ikke tenkt over hvorfor de er hese, utover at de kan være forkjølet eller har brukt stemmen for mye en dag.

Som logopedstudent er jeg blitt kjent med fenomenet gjennom forelesning og litteratur. Fokuset på forelesning har vært at det er hensiktsmessig å møte vansken gjennom rådgivning til foreldrene og barna, det vil si indirekte arbeid. Dette gjorde meg nysgjerrig på om det er felles for logopeder som møter hese barn, eller om de også arbeider direkte med hesheten gjennom stemmeøvelser og liknende. Jeg ønsket først og fremst å undersøke hvordan logopeder i Norge arbeider med barneheshet, og også å lære mer om hese barn. Videre ønsket jeg å finne ut av hvordan barna blir henvist til logoped, hvordan logopedene samarbeider med øre-nese-halsleger, og hva logopedene tenker om informasjonsbehov til ansatte i barnehage og skole. Jeg ønsket å samle inn denne informasjonen ved å sende ut spørreskjema til logopeder. Tidlig i prosessen, før jeg bestemte meg for temaet barneheshet, fant jeg ut at jeg hadde lyst til å skrive en oppgave som omhandlet stemme. Først og fremst på grunn av interesse og lyst til å lære mer om stemmen, men også fordi jeg oppdaget at det var skrevet lite om dette tidligere.

Problemstilling

I planleggingsfasen ble det utarbeidet forskningsspørsmål som har hjulpet meg med å komme frem til endelig problemstilling, og til å utforme spørreskjemaet. Mine forskningsspørsmål var; Arbeider logopeder indirekte eller direkte med barneheshet? Hvordan blir barna henvist

til logoped? Er det nok informasjon om barneheshet blant barnehage- og skoleansatte? Ut i fra disse spørsmålene kom jeg frem til problemstillingen «**Hvordan arbeider logopeder med hese barn?**». Dette er en vid problemstilling, men denne fanger opp alle forskningsspørsmålene mine. Denne oppgaven vil ikke klare å dekke alle aspekter rundt logopeders arbeid med barneheshet, men trekker frem noen sider ved arbeidet. Jeg har blant annet bevisst valgt å ikke gå inn på, og forklare konkrete øvelser logopeden kan gjøre med hese barn. Jeg har heller valgt å presentere indirekte og direkte arbeid mer generelt, fordi det er fokuset i min spørreundersøkelse.

Ulike begrep defineres etter hvert som de omtales i oppgaven. Først vil jeg påpeke noen elementer. I spørreundersøkelsen blir logopedene spurt om de arbeider eller har arbeidet med barneheshet hos barn mellom 3 og 12 år i løpet av det siste året. Denne aldersavgrensningen ble valgt av flere grunner. Først og fremst for å fange opp både førskolebarn og skolebarn. Videre er det lite trolig at logopeder vil arbeide med barn under tre år. Dette vil jeg redegjøre for i kapittel fire. En videre tanke er at når barnet er 12 år er det trolig modent og bevisst nok til å være klar over sin egen stemme, og logopeden vil da trolig arbeide mest direkte med dette barnet.

Når jeg nevner logopeder i teoridelen vil dette gjelde logopeder generelt, mens logopeder som nevnes i resultatene eller drøftingen er logopedene som har deltatt i min undersøkelse. I resultatene og drøftingen vil det også i noen tilfeller skilles mellom logopeder som arbeider privat og de som arbeider offentlig. Der dette gjelder, vil det påpekes spesifikt.

1.2 Oppgavens oppbygning

Først i oppgaven kommer en teoretisk del, fordelt på fem kapitler. Kapittel to omhandler stemmen og hvordan anatomien i en barnestrupe er bygget opp for å kunne produsere stemme. Her vil det blant annet gjøres rede for anatomiske forskjeller på barn og voksne, som vil spille en rolle i forhold til å utvikle heshet. I kapittel tre vil det redegjøres for stemmевansker hos barn, med hovedvekt på ulike diagnoser som kan føre til hese stemmer. Her vil det også presenteres ulike risikofaktorer og årsaker til at barn blir hese.

Fjerde kapittel tar for seg logopedens arbeid med barneheshet, med vekt på hvordan de kan arbeide indirekte eller direkte med hese barn. Også en kombinasjon av disse tilnærmingene vil bli presentert. I dette kapittelet redegjøres det også for øre-nese-halsundersøkelse, og hvilket

utstyr som blir benyttet i en slik undersøkelse. Til slutt i kapittel fire gjøres det rede for ulike lovverk og retningslinjer logopedene må forholde seg til.

Jeg har bevisst valgt å ha fokus på teori om strupen, stemmen, stemmevansker og ulike diagnoser som kan føre til heshet. Dette danner et teoretisk grunnlag for å forstå hvordan heshet oppstår, og viser at det finnes mange ulike diagnoser som kan føre til heshet. Det vil derfor være ulike metoder for å møte disse vanskene. Dette vil igjen resultere i at logopedene arbeider ulikt med heshet. Når det gjelder teorien som omhandler indirekte og direkte arbeid, er litteraturen som er benyttet først og fremst internasjonal. Da organiseringen av praksisfeltet innen logopedisk arbeid vil være forskjellig på tvers av landegrenser, har jeg valgt å presentere litteraturen slik jeg antar det vil være i norsk praksis.

Kapittel fem omhandler metode, og hvilken metode som er grunnlaget for oppgaven. Her redegjøres det også for populasjon og utvalg, survey, planlegging og utforming av spørreskjema, statistikk, validitet og reliabilitet, og etiske betraktninger.

Opgavens resultater presenteres i kapittel seks. Jeg har valgt å presentere resultatene i et kapittel, og drøfte dem i et annet. Dette er vanlig i kvantitative oppgaver, og jeg vurderte at det ga en god oversikt over hva jeg har funnet ut gjennom spørreundersøkelsen. Resultatene drøftes i kapittel syv i lys av teori, og ut i fra mine egne tanker og vurderinger. Det drøftes også bruk av metode, samt validitet og reliabilitet.

Avslutningsvis oppsummeres funnene fra spørreundersøkelsen, ved å svare på problemstillingen. Her vil det også drøftes videre arbeid, og tanker om hvordan dette temaet kan utforskes videre.

2 Stemmen

Stemmen brukes hver dag, både til å uttrykke meninger og til å vise følelser. En person kan virke selvsikker og vite hva han eller hun snakker om, men stemmen kan sende et helt annet budskap til andre. Det samme gjelder følelser. Du kan ofte forsøke å skjule følelser, og vise noe annet med kroppsspråket, men stemmen din vil ofte fortelle en helt annen historie.

Stemmen definerer oss, og reflekteres i hvem vi er. Den fungerer også som et slags fingeravtrykk, og alle mennesker har ulike kvaliteter i stemmen. Dette gjør at man ofte bare behøver et par sekunder før man kjenner igjen en person på stemmen (Boone, 1997). For å forstå hvordan stemmen fungerer må man se på anatomien i kroppen. Dette kapittelet vil ta for seg nettopp dette, og redegjøre for hvordan stemmen er bygget opp.

2.1 Pusten

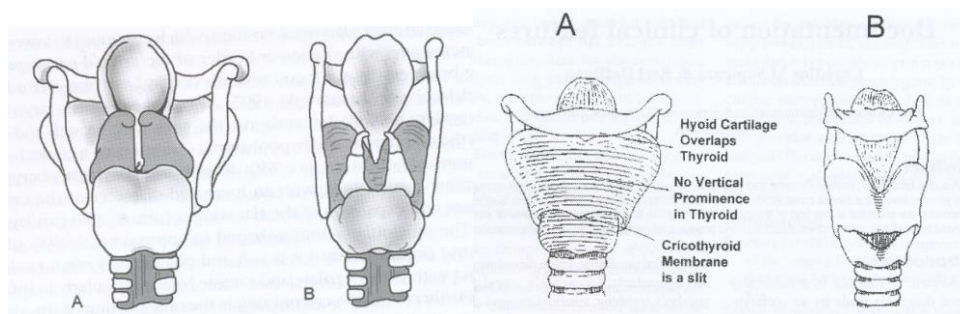
Å puste er livsviktig for alle mennesker, og pusten følger oss fra vi blir født til vi dør. Pustens primære funksjon er å skaffe cellene i kroppen oksygen, og å utskille karbondioksid. Ved innånding av luft får kroppen og cellene oksygen, og ved utånding kvitter kroppen seg med avfallsstoffer (karbondioksid) som er utskilt fra blodet. Dette skjer automatisk, og pusten tilpasser seg kroppens behov for inntak av oksygen. Pustens sekundære funksjon er å gi energi til å produsere lyd, og dette skjer ved utånding. Luftveien ned til lungene starter i munnhulen og nesehulen, og fortsetter ned i svelget, strupen og luftrøret, før den ender i lungene (Rørbech, 2010). Luftrøret kalles for trachea. Dette består av cirka 16 hesteskoformede ringer av brusk som er sammenbundet av bindevev og glatt muskulatur. På øverste ring sitter strupen (larynks) (Rørbech, 2010; Sapienza & Ruddy, 2009). Nederst deler trachea seg i to grener som går til hver sin lunge. Lungene er beskyttet inne bak brystkassen, thorax. Brystkassen utvider seg når man puster inn, slik at lungene får plass til å ekspandere. Denne prosessen styres av ulike muskler. Den største og primære muskelen som styrer innpust er diafragma, som ofte kalles for mellomgulvet. Diafragma sitter nederst på brystkassen, på innsiden av nederste ribben. Muskelen beveger seg som et stempel nedover og litt fremover. Dette fører til at brystkassens vertikale diameter økes, og det blir plass til mer luft i lungene. Ved denne bevegelsen presses bukinnholdet ned og ut, og trykket økes. Man snakker da ofte om å «puste med magen» (Rørbech, 2010).

2.1.1 Pust og stemmeproduksjon

For å snakke eller synge er man avhengig av pusten. Stemmen produseres på utpust og tiden man puster ut vil være forlenget i forhold til dersom man ikke snakker. Tiden man benytter til å puste inn vil derimot være kortere, for at ikke talen skal forstyrres av lange pauser. Luft som pustes inn, benyttes også for å endre blant annet styrke og klang i stemmen. Utnyttelse av luft og beherskelse av åndedrettsmuskulaturen ved stemmegivning er selvstyrt (Rørbech, 2010). Det vil redegjøres mer for stemmeproduksjon i punkt 2.3.

2.2 Strupen

Strupen, larynks, består av fem brusker, og er bindeleddet mellom svelget og luftrøret. Strupens hovedfunksjoner er å være en del av luftveiene, og å beskytte kroppen mot å få fremmedlegemer ned i disse. Dette er det strupelokket, epiglottis, som gjør. Epiglottis er en bruskplate som sitter øverst i strupen. Når man svelger «lukkes» epiglottis over luftrøret slik at det som svelges ikke havner i luftrøret og lungene, men ned i magesekken. En annen hovedfunksjon for strupen er å være kroppens stemmeorgan (Rørbech, 2010; Sapienza & Ruddy, 2009). Skjoldbrusken, *cartilago thyreoidea*, er den største av strupebruskene. Den består av to plater, to sidevegger, som møtes på fremsiden av strupen. De fungerer derfor som et skjold og beskytter blant annet stemmebåndene. Ringbrusken, *cartilago cricoidea*, er plassert på toppen av trachea og er formet som en signetring. Det vil si at den er lavere foran og høyere bak. Pyramidebruskene, *cartilago arytenoideus*, er festet til ringbrusken (Rørbech, 2010). Det vil være anatomiske forskjeller på en barnestrupe, og strupen til en voksen (figur 1). Det er også forskjeller mellom voksne kvinner og menn (Sapienza & Ruddy, 2009). Videre vil oppgaven fokusere på barnestrupen.



Sett bakfra (Sapienza & Ruddy, 2009, s. 72)

Sett forfra (Sapienza & Hoffman, 2000, s. 106)

Figur 1 Forskjell på strupen til små barn (A) og voksne (B).

2.2.1 Barnestrupen

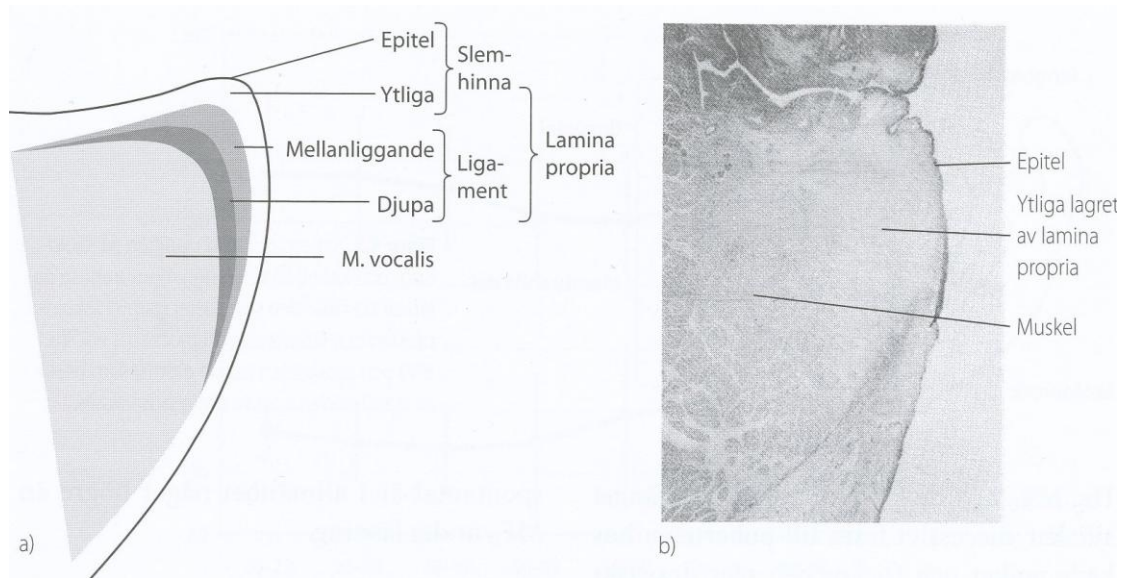
Barnestrupen vil skille seg fra en voksen, ferdig utviklet strupe. Blant annet ved strupens plassering, størrelse, fasong og struktur (Hunt & Slater, 2003). Hos nyfødte barn vil strupen være plassert høyere opp i halsen enn senere i livet. Nakken består av syv nakkevirvler (*cervical vertebrae*, C1-C7). Hos nyfødte barn er strupen plassert mellom virvlene C3 og C4, når barnet er to år har den sunket til omtrent C5. Når barnet har passert fem år har strupen sunket til C6, og etter hvert som barnet vokser vil strupen gå ned til C7. Her stopper prosessen, og strupen vil være plassert ved C7 hos voksne (Aronson & Bless, 2009; Hunt & Slater, 2003).

Hos spedbarn er epiglottis mykere enn hos eldre barn, og på grunn av strupens høye plassering, kan den være så langt opp at den i noen tilfeller vil komme borti velum (ganeseglet). Denne plasseringen av epiglottis gjør at barnet kan puste gjennom nesen under mating, og samtidig hindre at det kommer melk ned i lungene (Andrews & Summers, 2001). Hos barn vil strupen være mindre enn hos voksne, men man kan ikke si at den er en miniatyrversjon av en voksen strupe. Skjoldbrusken er blant annet bredere og kortere hos barn enn hos voksne, noe som gjør strupen «rundere» (Hunt & Slater, 2003). Ringbrusken er større i diameter og pyramidebruskene er større. Økt størrelse på pyramidebruskene resulterer i kortere stemmebånd. Skjoldbrusken og tungebenet vil overlape på en barnestrupe. I tillegg er en barnestrupe grovere i strukturen i forhold til en voksen strupe (Sapienza & Hoffman, 2000) (se figur 1). Strupen er i konstant utvikling fra barnet er født (Hunt & Slater, 2003). Nyfødte er mer utsatt for pustevansker på grunn av strupens størrelse, og fordi strukturen er mykere enn hos eldre barn (Andrews & Summers, 2001). Når barnet er mellom 3 og 6 måneder skjer det forandringer i strukturen i strupen. Blant annet at avstanden mellom velum og epiglottis øker slik at fast føde kan renne over epiglottis og ned i magesekken (Nasatir, 2001). Dette fører også til at avstanden mellom munnen og stemmebåndene øker, noe som igjen gjør at stemmeklangen blir mørkere (Södersten, 2008). Det er ikke forskjell på strupen hos små gutter og jenter. Likevel kan variasjon i barnets størrelse og vekt påvirke størrelsen på strupen. Et eksempel er for tidlig fødte (premature) babyer. Disse vil ofte ha mindre strupe enn babyer som er født til termin. I barneårene vokser strupen, og når barnet er omtrent ni år kan man sammenlikne fasongen på strupen med en voksen strupe, selv om den vil være mindre i størrelse. Når barnet kommer i puberteten vokser det mye, og ved slutten av denne perioden vil strupen nå en voksen posisjon på nakken. Under puberteten begynner det også å

bli forskjell på strupen til gutter og jenter, og hos gutter vil «adamseplet» bli synlig (Hunt & Slater, 2003). Dette er fordi de to platene som danner skjoldbrusken har en spissere vinkel hos menn (omtrent 90 grader hos menn, og omtrent 120 grader hos kvinner og barn), og nederste del av skjoldbrusken vil derfor stikke tydeligere frem (Rørbech, 2010).

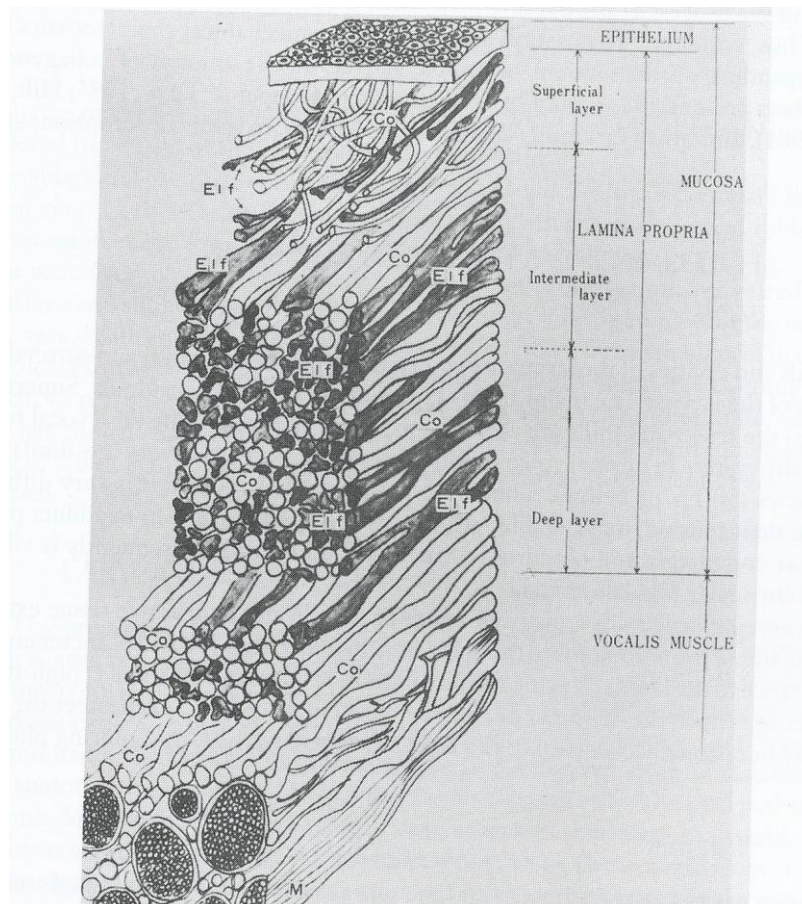
2.2.2 Stemmebåndene

Stemmebåndene ligger beskyttet inne i strupen og er spent mellom ringbrusken og pyramidebrusken. De utgjør en del av den indre strupemuskulaturen, og består av en muskel og fire lag. Dette er epittellag, ytre-, mellom- og dype lag (lamina propria), og vocalis muskelen (se figur 2 og 3) (Sapienza & Ruddy, 2009). Det ytterste laget på stemmebåndene, epittellaget, er tynt og kan sammenliknes med en kapsel som holder formen på stemmebåndene. Det neste laget, er det ytterste laget i lamina propria (superficial layer), og består av gelatinliknende masse. Det tredje laget, det mellomste i lamina propria (intermediate layer), består av elastiske fibre som kan sammenliknes med en gummistrikk. Det fjerde, og det dypeste laget i lamina propria (deep layer), består av kollagen, mens det innerste laget, vocalis muskelen, er selve «kroppen» av stemmebåndet og det tykkeste laget. Disse fem lagene kan igjen deles inn i tre deler: *the cover* (*slimhinnen*), som er epittellaget, og øverste laget i lamina propria, *the transition*, som består av det mellomste- og dype laget i lamina propria, og *the body* som er vocalis muskelen (Hirano, 1981). Hos et nyfødt barn består stemmebåndene av slimhinnen, som er løs og fleksibel, og vocalis muskelen (Södersten, 2008). Barn er mer utsatt for slitasje på stemmebåndene enn voksne. Grunnen til det er at mellomste- og dypeste laget av lamina propria ikke er fullt utviklet, og det er ikke klare skiller mellom lagene. Dette gjør igjen at barn mangler mye av det elastiske laget, og laget med kollagen som kan virke som «støtdempere» når stemmebåndene vibrerer sammen (se figur 2). Fra barnet er omtrent fire år til det er rundt 12 år utvikles det mellomste og dypeste laget i lamina propria gradvis. Først når barnet er omtrent 16 år, og ferdig i puberteten, er alle lagene utviklet som hos en voksen (Södersten, 2008).



(Södersten, 2008, s. 87)

Figur 2 Strukturen på stemmebåndene sett fra siden, hos a) voksne og b) barn (nyfødt)



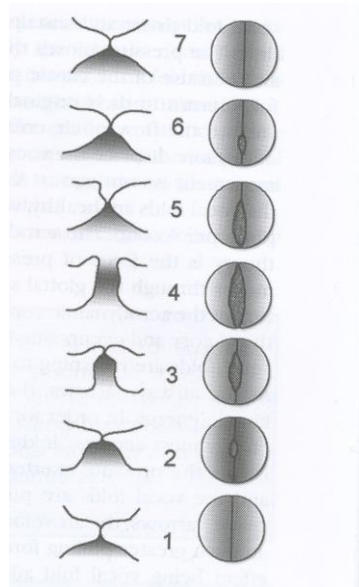
(Colton, Casper, & Leonard, 2011, s. 382)

Figur 3 Strukturen på stemmebåndene, ulike fibre

Hos nyfødte er stemmebåndene 2.5 til 3.0 millimeter lange, og vokser kontinuerlig med barnet. Det vil ikke være forskjell på lengden på stemmebåndene hos små gutter og jenter før barnet er mellom 9 og 15 år. I puberteten utvikles stemmebåndene til full lengde. Hos guttene vil denne utviklingen være mer omfattende, og både stemmebånd og strupen vil vokse mer enn hos jentene. Hos voksne er stemmebåndene mellom 17 og 21 millimeter lange hos menn, og mellom 11 og 15 millimeter hos kvinner (Sapienza & Ruddy, 2009). I neste avsnitt vil det gjøres rede for hvordan stemmebåndene opptrer under stemmeproduksjon.

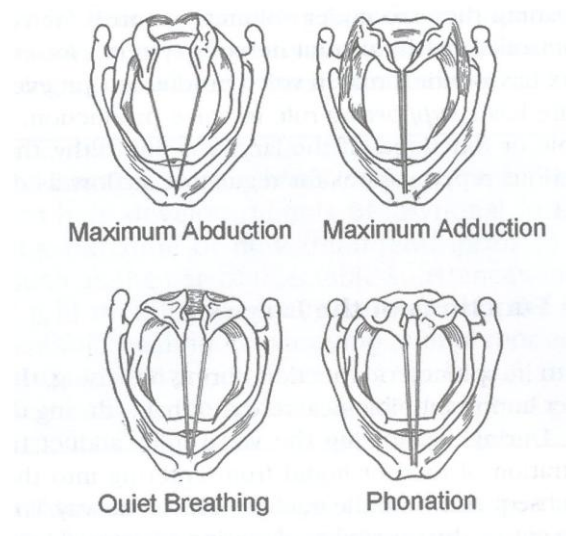
2.3 Stemmeproduksjon

For å produsere lyd (fonasjon) må stemmebåndene vibrere. Hjernen gir signal, og luft fra lungene gjør at stemmebåndene begynner å rulle. Åpningen mellom stemmebåndene kalles *glottis*, og svingningen på stemmebåndene kalles ofte for en *glottisbølge* (Rørbech, 2010). Når luften fra lungene treffer stemmebåndene, skapes et økt undertrykk, det vil si et sug, og får stemmebåndene til å begynne å vibrere (Bernoulli-effekten) (Colton et al., 2011; Sundberg, 2001). Ved fonasjon kan stemmebåndene vibrere flere hundre ganger per sekund, alt etter hvilket frekvensområde stemmen brukes i. Hver gang stemmebåndene går sammen, skjer dette ved en svingning, hvor stemmebåndene vibrerer helt mot hverandre for så og åpne seg opp, og lukke seg igjen (figur 4). Svingningene måles i Hertz (Hz), og en Hz er en svingning per sekund. Hos voksne menn svinger stemmebåndene omtrent 100 ganger per sekund, det vil si at frekvensen er 100 Hz. Hos voksne kvinner er frekvensen rundt 200 Hz og for barn er den omtrent 300 Hz. Når stemmebåndene er åpne, kalles dette abduksjon. Når stemmebåndene er lukket og det ikke kan komme luft igjennom, kalles dette adduksjon (figur 5) (Sapienza & Ruddy, 2009).



(Sapienza & Ruddy, 2009, s. 75)

Figur 4 En glottisbølge på stemmebåndene, fra siden og ovenfra



(Sapienza & Ruddy, 2009, s. 35)

Figur 5 Stemmebåndene sett ovenfra

De indre musklene i strupen gjør at man kan produsere lyd, og styre stemmeleie, når man snakker eller synger. Det eneste en muskel kan gjøre er å trekke seg sammen. Derfor er det alltid en annen muskel som får muskelen til å forlenges igjen, og disse kalles antagonister (Sundberg, 2001). Som nevnt tidligere snakker man om abduksjon og adduksjon. En muskel som har i oppgave å lukke stemmespalten kalles en *adduktor*, mens en muskel som åpner

stemmespalten kalles en *abduktor*. Det er kun én *abduktor* inne i strupen, og denne kalles *m. cricoarytenoideus posterior*. Muskelen er festet på pyramidebrusken i strupen, når den trekker seg sammen dreier den på *processus vocalis* (stemmetappen, som stemmebåndene er festet til), og glottis åpnes. *M. cricoarytenoideus posterior* har to antagonister; *m. cricoarytenoideus lateralis*, som får *processus vocalis* til å dreie tilbake slik at to tredjedeler av glottis lukkes, og *m. arytenoideus transversus* som ligger horisontalt mellom pyramidebruskene. Når *m. arytenoideus transversus* trekker seg sammen lukkes siste del av glottis. Det er derfor viktig at begge disse musklene fungerer, slik at glottis kan lukkes i hele sin lengde (Rørbech, 2010).

For å kunne regulere stemmeleie, må stemmebåndene strekkes og kontraheres, eller forkortes og fortykkes. Det er ulike muskler som gjør dette. *M. thyreoarytenoideus*, eller *vocalis* muskelen, selve stemmebåndet, strekker seg fra skjoldbrusken til pyramidebruskene. Når denne muskelen trekker seg sammen, blir stemmebåndene kortere og tykkere, og vil derfor vibrere saktere i luftstrømmen. Dette gjør at grunntonefrekvensen i stemmen blir dypere. Antagonisten, heter *m. cricothyreoideus*. Denne ligger mellom ringbrusken og skjoldbrusken, og kalles også lengdespenneren. Når denne trekker seg sammen, strekkes stemmebåndene slik at de blir lange og slanke, og de vibrerer hurtigere. Dette gjør at stemmen blir lysere, og kan sammenlignes med strengene på en fiolin eller gitar. Desto tynnere strenger, desto lysere tone (Rørbech, 2010). Som nevnt tidligere måles svingningene i Hertz.

2.4 Stemmevansker

Aronson og Bless (2009) definerer stemmevansker som følger: «a voice disorder exists when quality, pitch, loudness, or flexibility differs from the voices of others of similar age, sex, and cultural group.» (s. 5). En kan også si at stemmevansker oppstår når en eller flere muskler i strupen svekkes eller mister sin funksjon. Kvaliteten på stemmen blir ofte dårligere, og noen kan føle ubehag eller ha smerter. Stemmevansker deles inn i fire ulike kategorier; funksjonell stemmevanske, funksjonelt organisk stemmevanske, organisk stemmevanske og nevrologisk stemmevanske (Hammarberg, Södersten, & Lindestad, 2008). Stemmevanskene kan oppstå både hos voksne og barn. Funksjonelle stemmevansker vil si at det ikke finnes strukturelle forandringer i stemmeorganet som kan forklare årsaken, men det er personens måte å anvende stemmen på som er årsak til stemmevansken (Lindestad & Södersten, 2008). Noen forfattere mener funksjonelle stemmevansker også kan kalles psykogene stemmevansker. Aronson og

Bless (2009) sier at stemmevansker som er forårsaket av spenninger i muskler, vil være påvirket av emosjonelle faktorer. Videre sier de blant annet:

A psychogenic voice disorder is broadly synonymous with a functional one but has the advantage of stating positively, based on an exploration of its causes, that the voice disorder is a manifestation of one or more types of psychologic disequilibrium, such as anxiety, depression, conversion reaction, or personality disorder, that interfere with normal volitional control over phonation (s. 171).

Butcher, Elias, og Raven (1993) støtter dette synet, og sier blant annet:

The larynx is a highly complex organ sensitive to emotional changes in the individual. It is affected by thoughts and feelings, our relationship with others and with our environment. In this way, the human voice acts rather like an “emotional barometer” (s. 20).

Dette viser at det er ulike definisjoner av funksjonelle stemmevansker, og noen mener det bør kalles psykogene stemmevansker. Jeg vil ikke drøfte dette ytterligere, men synes det er interessant å se at det finnes ulike definisjoner. Jeg vil komme tilbake til at psykiske faktorer kan påvirke en barnestemme.

Funksjonelt organiske stemmevansker er stemmevansker forårsaket av forandringer på stemmebåndene grunnet feilbruk eller overbelastning av stemmen (Lindestad & Södersten, 2008). Organiske stemmevansker er når stemmevansken oppstår på grunn av organiske forandringer på stemmebåndene, som ikke kan forklares ved feilbruk (Lindestad, 2008a). Nevrologiske stemmevansker er stemmevansker forårsaket av skader på for eksempel muskler eller nerver (Lindestad, 2008b).

3 Stemmevansker hos barn

Som tidligere nevnt kan stemmevansker ramme både voksne og barn. Dette kapittelet vil se nærmere på stemmevansker hos barn, hvor fokuset vil være på vansker som kan føre til heshet. Dette på grunn av oppgavens tema og innhold. Det vil også kunne være andre typer stemmevansker som kan oppstå hos barn, men det er utenfor denne oppgaven å gå nærmere inn på.

3.1 Barneheshet

Det er vanlig at barn kan være hese i forbindelse med forkjølelse, eller dersom de for eksempel har ropt mye en dag. En slik stemmevanske kalles akutt heshet eller akutt laryngitt (Lindestad, 2008a). Dersom hesheten blir mer langvarig, og ikke kan kobles til en forkjølelse eller en enkelt situasjon som er spesielt belastende for stemmen, kalles dette kronisk heshet (McAllister, Lindestad, & Södersten, 2008). Dersom et barn er hest i mer enn omtrent syv dager, kan det være tegn på kronisk heshet, og det bør derfor sjekkes av en øre-nese-halslege (Boone, 1997). Heshet kan oppstå fordi stemmebåndene kun delvis vibrerer inntil hverandre i sin fulle lengde, grunnet en hevelse eller andre organiske forandringer, på et eller begge stemmebåndene (Martin & Darnley, 2004).

Som beskrevet tidligere skiller forholdene i strupen til barn seg fra voksnes. På grunn av at det mellomste- og dypeste laget av lamina propria ikke er fullt utviklet, og det ikke er klare skiller mellom lagene i slimhinnen hos barn, er de mer utsatt for å få hevelser på stemmebåndene dersom de anstrenger stemmen. Barn kan anstrenge stemmen ved å rope eller prate med høy intensitet, snakke mye når de er forkjølet eller synge i et uhensiktsmessig toneleie. Man kan sammenligne hevelsene på stemmebåndene med å få blemmer i hendene ved friksjon over tid. Barna som er hese kan føle at det er anstrengende å prate, men de trenger nødvendigvis ikke merke noe (McAllister et al., 2008).

Det finnes ulike definisjoner av heshet. Baynes (1966) referert i Sederholm og McAllister (1993, s. 34) definerer heshet som «a quality of voice that is rough, grating, harsh, more or less discordant, and lower in pitch than normal for the individual», mens Casper, Abramson og Forman-Franco (1981) referert i Sederholm og McAllister (1993, s. 34-35) definerer

heshet som “a deviation in the tonal quality of the voice resulting when the vocal cords vibrate in an aperiodic or haphazard manner”.

En undersøkelse i Sverige blant 205 barn, viste at forekomsten av akutt heshet var på 14 prosent, mens forekomsten av kronisk heshet var på 6 prosent (Sederholm, 1995). Disse tallene stemmer overens med tidligere undersøkelser gjort av Yairi et al. i 1974 og Powell et al. i 1989, referert i Sederholm (1995). Andre undersøkelser er mer uenige om forekomsten av hese barn, og en liste over undersøkelser fra 1908 – 1989 viser at forekomsten varierer fra 1- til 80 prosent. Det er viktig å påpeke at antall undersøkte barn og alder er svært varierende, men det viser likevel at det er oppnådd svært ulike resultater i undersøkelsene. Det er derfor svært vanskelig å si hvor stor forekomsten av hese barn faktisk er (Sederholm & McAllister, 1993). Etter søk i ulike databaser, ser det ut til at det kun er Hansen og Trolle-Offergaard (1982) som har sett på forekomst av hese eller dårlige stemmer hos barn i Norge. De gjorde opptak av 466 barn i alderen fire til seks år, og fant at 67,4 prosent av disse hadde dårlige stemmer. Betegnelsen dårlige stemmer er derimot noe upresis. Forfatterne skriver i sin oppgave at «betegnelsen dårlig stemme står for en stemme som er hes og/eller uklar og virker anstrengt» (s.91). Det virker som forfatterne har hatt fokus på hese stemmer, men at man også må være klar over at det kan handle om andre stemmekvaliteter.

Nedenfor vil det presenteres ulike stemmevansker eller diagnoser som kan føre til heshet. Videre i oppgaven vil begrepene barneheshet eller hese barn bli benyttet som en fellesbetegnelse på alle diagnosene.

3.2 Stemmebåndsknuter

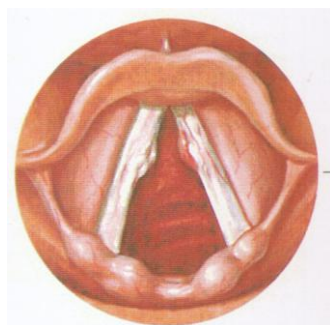
Stemmebåndsknuter er godartede, bilaterale hevelser på stemmebåndene. Disse utvikles fordi vevet utsettes for friksjon (McAllister et al., 2008). Stemmebåndsknuter er den vanligste årsaken til kronisk heshet (Sapienza & Ruddy, 2009; Shewell, 2009) og Derkay og Wold (2009) skriver at det muligens gjelder så mye som i 78 prosent av tilfellene.

Stemmebåndsknuter oppstår på overgangen mellom midtre og fremre tredjedel av stemmebåndene. Denne delen av stemmebåndet er mest utsatt for friksjon ved fonasjon. Stemmebåndsknutene er plassert symmetrisk ovenfor hverandre. (Sapienza & Ruddy, 2009).

Når stemmebåndsknuter oppstår, vil man kunne merke at man har manglende kontroll på å komme høyt opp i tonehøyde. Dette er fordi knutene fører til at ikke stemmebåndene kan

strekke seg i like stor grad. Knutene er da myke og glassaktige. Dersom feilbruk av stemmen fortsetter, utvikles knutene til å bli harde og hvite, og man kan si at de er «knottaktige» (Shewell, 2009). Når stemmebåndsknuter oppstår blir stemmebåndslukket dårlig, og det vil derfor lekke ut luft når man snakker eller synger. Et kjennetegn ved stemmebåndsknuter er derfor en hes og luftfylt stemme. Da knutene er bilaterale og oppstår på begge stemmebåndene, vil det være en jevn heshet, fordi begge stemmebåndene svinger tilnærmet likt. Stemmebåndsknuter vil ikke gi noen smertefølelse, men en kan likevel føle seg sliten i stemme og hals fordi stemmen må presses fram. Knuter kommer av feil- og uhensiktsmessig bruk av stemmen, og vil derfor bli bedre ved stemmehvile (McAllister et al., 2008).

Stemmebåndsknuter oppstår både hos små jenter og gutter, men i barneårene er det vanligere hos gutter. Etter puberteten snur derimot trenden, og det er da flest jenter som utvikler knuter (McAllister et al., 2008; Shewell, 2009). Stemmebåndsknuter hos gutter kan forsvinne i forbindelse med puberteten, men det er ikke alltid tilfelle (Sederholm, 1996a). Jeg tenker også at grunnen til at knuter i barneårene er vanligere hos gutter, kan skyldes at gutter er mer aktive og høylytte enn jenter. Det vil selvfølgelig finnes unntak, og også jenter kan rope mye, men jeg har noen tanker om at guttene vil være mer voldsomme og ofte delta i lek og aktiviteter der de er mer høylytte. Etter puberteten kan det tenkes at jentene i stor grad snakker og bruker stemmen mer enn guttene. Unge jenter er ofte glad i å synge, og dersom de presser stemmen ved sang, eller synger og prater mye, kan det oppstå knuter.



(Ciba, 1964, s. 83)

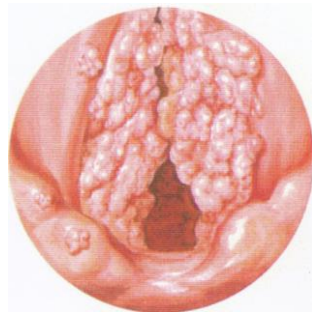
Figur 6 Stemmebåndsknuter

3.3 Papillomer

Papillomer er vortelignende utvekster som oppstår som følge av et virus. Papillomer hos barn kalles juvenile papillom. Papillomer kan oppstå på stemmebåndene, men også andre steder i

området rundt stemmebåndene, i larynks (strupen) og trachea (luftrøret). I sjeldne tilfeller kan det også dannes i lungene. Juvenile papillom kommer oftest i løpet av barnets fem første år, og viruset er som oftest overført fra moren. Når juvenile papillom oppstår på stemmebåndene vil dette føre til ufullstendig stemmebåndslukke, og det vil derfor lekket ut luft når man snakker eller synger. Stemmen vil derfor bli hes (Sapienza & Ruddy, 2009). Papillomer har ofte en fasong som kan sammenliknes med bringebær (Aronson & Bless, 2009; Colton et al., 2011).

Barn som har juvenile papillomer blir ofte gradvis hesere, og hesheten øker. I noen tilfeller kan også juvenile papillomer føre til pustevansker (McAllister et al., 2008). Dersom dette oppstår kan det være nødvendig å operere, slik at barnet får åpne luftveier. Det er ofte nødvendig med flere operasjoner, da juvenile papillomer kan komme tilbake. I noen tilfeller kan det være nødvendig med operasjon hver andre til fjerde uke. Arrdannelser etter operasjonen kan i tillegg skape ubehag og i noen tilfeller vil stemmebåndene bli harde og stive. Dette fører til at stemmebåndene ikke svinger like godt og stemmekvaliteten blir dårligere (Sapienza & Ruddy, 2009). Papillomer kan forsvinne spontant av seg selv (Lindestad, 2008a; Shewell, 2009). Da juvenile papillomer er et virus, og ikke oppstår som følge av feil- eller uhensiktsmessig stemmebruk, vil det ikke hjelpe med stemmehvile.



(Ciba, 1964, s. 83)

Figur 7 Juvenile papillomer

3.4 Intubasjonsskader

Dersom trachea (luftrøret) blir skadet, eller på en eller annen måte tetter seg, vil det være fare for at liv skal gå tapt. For å åpne luftveiene plasseres et rør ned i trachea, slik at luft kan strømmet ned i lungene. Dette kalles intubasjon (Sapienza & Ruddy, 2009). Intubasjon kan være aktuelt dersom et barn har vanskelig for å puste etter fødselen, eller dersom barnet skal

igjennom en operasjon. Intubasjon kan føre til skader i larynks (strupen), blant annet på stemmebåndene. Vanlige skader som følge av intubasjon er blant annet betennelse eller hevelse på stemmebåndene, allergiske reaksjoner, sårddannelser og granulomer (Wilson, 1987). Granulomer er en vevsdannelse som gror over irritasjon eller sårddannelser. Disse vil gjerne forsvinne av seg selv når irritasjonen gir seg, men skadene kan føre til heshet (Sapienza & Ruddy, 2009).

3.5 Medfødte pareser

Musklene i strupen er avhengige av nerveimpulser for å kunne trekke seg sammen. Strupens nerveimpulser kommer fra den 10. hjernenerven, *nervus vagus*. Vagusnerven går fra hjernen og nedover halsen på både venstre og høyre side av kroppen, og deler seg i flere grener på vei nedover. En av grenene peker inn mot strupen og kalles *nervus laryngeus superior*, eller superiornerven. Superiornerven deler seg igjen i to; *externus* og *internus*. Externus gir nerveimpulser til *m. cricothyreoideus*, eller lengdespenneren, som gjør stemmebåndene lange og slanke, og dermed gir lysere toner. Vagusnerven fortsetter ned langs halsen til brysthulen og vender tilbake langs halsen opp til strupen. Når nerven vender tilbake kalles den *nervus recurrens*, eller recurrensnerven. Den kalles også for den tilbakevendende nerve, etter det engelske ordet to recur (Rørbech, 2010). Recurrensnerven gir nerveimpulser til alle musklene i strupen, bortsett fra lengdespenneren. Den venstre recurrensnerven har et lengre forløp ned mot brysthulen, enn den høyre, og går helt ned og rundt aorta, før den vender tilbake og opp. Den venstre recurrensnerven er derfor mer utsatt for skade (Sapienza & Ruddy, 2009).

Pareser oppstår når muskulaturen i strupen har mistet noe av sin nerveforbindelse. Man skiller mellom pareser og paralyse. Ved en parese vil det være noe nerveforbindelse, og man kan snakke om en svakere funksjon. En parese kan bedre seg. Ved paralyse er det ingen nerveforbindelse eller funksjon igjen, og dette er endelig (Sapienza & Ruddy, 2009). Dersom det er skade på superiornerven på en eller begge sider, vil personen ha vansker med å gå opp i tonehøyde, og omfanget i stemmen vil derfor reduseres til noen toner. Ved skade på recurrensnerven, rammes de fleste funksjoner til stemmebåndene, også det å abducere eller adducere stemmebåndene. Dersom musklene for å åpne og lukke stemmebåndene har mistet noe eller alt av sin nerveforbindelse, vil det være vanskelig å få stemmebåndene til å vibrere sammen, eller å åpne seg opp (Lindestad, 2008b). Paresen kan være enkelt- eller dobbeltsidig. Stemmebåndet som er påvirket av en parese kan opptre på ulike måter, i forhold til hvilken

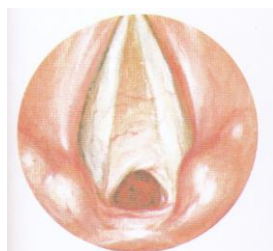
stilling stemmebåndet stod i da paresen inntraff. Hvis det er en ensidig parese kan det ene stemmebåndet ligge i en åpen posisjon noen millimeter fra midtlinjen, og dette kalles paramedian stilling. Da vil stemmen være hes og luftfylt, fordi stemmebåndene ikke vil vibrere helt inntil hverandre ved fonasjon. Dersom stemmebåndet står i midtstilling, eller median stilling, kan man få til fullstendig lukke, men stemmebåndene vil ikke ha en normal svingning. I noen tilfeller kan paresen ramme begge stemmebåndene, og dersom begge rammes i midtstilling kan det være fare for liv, da personen ikke vil få puste (Lindestad, 2008b; Shewell, 2009).

Skader på nervene kan oppstå i spedbarnsalder ved operasjon i forbindelse med hjertefeil, eller det kan være medfødt. Det er uvanlig at barn får pareser i forbindelse med infeksjon eller liknende, dette rammer oftest voksne. I noen tilfeller kan pareser være idiopatiske, det vil si at de opptrer spontant, uten kjent årsak (Lindestad, 2008b).

3.6 Web (medfødt)

Web er en anatomisk forandring der deler av stemmebåndene henger sammen, og det kan se ut som et slags seil. I 75 prosent av tilfellene er dette medfødt. Hvor stor del av luftveiene som er blokkert vil variere, og noen ganger kan så mye som 75 prosent av luftveien være blokkert av web. Tykkelsen på weben varierer fra tynn og transparent til veldig tykk. Web kan også oppstå etter fødselen, da ofte som en følge av intubasjon. En lege vil kunne splitte en web med kniv eller ved hjelp av laser. Når weben er delt settes det inn en kile, ofte laget av silikon, som skal forhindre at det gror sammen igjen (Sapienza & Ruddy, 2009).

Symptomene på web hos små barn vil være heshet, svak eller fraværende gråt og i verst tenkelig tilfelle vil de ha vanskeligheter for å puste. I noen tilfeller blir ikke tilstanden oppdaget før barna blir eldre, og vil ofte oppdages ved at de har et høyt stemmeleie (Wilson, 1987).



(Ciba, 1964, s. 79)

Figur 8 Web

3.7 Cyster

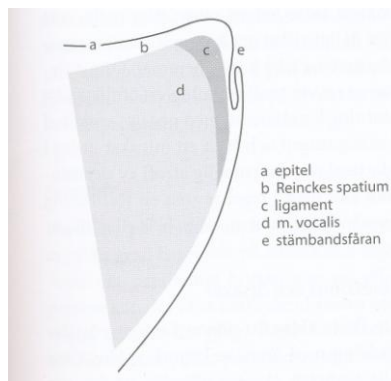
Cyster er godartete utvekster på stemmebåndene. De er gjerne væskefylte, og oppstår som regel enkeltvis. En cyste kan være medfødt eller oppstå på grunn irritasjon og friksjon på stemmebåndet (Lindestad, 2008a). Colton et al. (2011) beskriver tre typer cyster. Dette er *intracordal cyste*, *epidermoid cyste* og *pseudo cyste*. En intracordal cyste er den man oftest snakker om når man bruker begrepet cyste. Denne er gulaktig i fargen, og inneholder klar væske. En epidermoid cyste er mindre enn en intracordal cyste, og den er oftest medfødt. Den har et grumsete, hvitaktig innhold, og er halvfast i konsistensen. Pseudo cyster vil ofte kunne forveksles med polyper eller stemmebåndsknuter, da de er plassert på samme sted på stemmebåndet. De er gjennomsiktige, og forekommer oftest hos unge kvinner (Colton et al., 2011; Lindestad, 2008a).

Cysten oppstår på overgangen mellom midtre og fremre tredjedel av stemmebåndene. Denne delen av stemmebåndet er mest utsatt for slitasje ved fonasjon. Cysten oppstår under det ytterste slimhinnelaget (lamina propria) på stemmebåndene. De fleste cyster må opereres vekk (Sapienza & Ruddy, 2009). Når et barn har cyste på stemmebåndet er hesheten vanligvis permanent, og varierer mindre enn ved stemmebåndsknuter (McAllister et al., 2008). Ofte vil en cyste skape en motreaksjon på det motsatte, friske stemmebåndet når de vibrerer mot hverandre. Denne reaksjonen kan utvikle seg til å ligne en knute eller polyp (Sapienza & Ruddy, 2009).

3.8 Sulkus

Sulkus er en «grøfteliknende» kant langs det ene eller begge stemmebåndene. Den rammer det ytterste laget i lamina propria. Sulkus gjør at slimhinnen blir tynnere eller forsvinner helt.

Det oppstår da en slags grop langs deler av, eller hele, stemmebåndet (figur 9). Dette fører til at stemmebåndene ikke vibrerer som normalt under fonasjon (Sapienza & Ruddy, 2009). Sulkus kan være både enkelt- og dobbeltsidig, og oppstå både på oversiden og undersiden av stemmebåndene. Det er likevel vanligst at den sitter på oversiden, nær den frie kanten av stemmebåndet. Sulkus forekommer noen ganger sammen med cyster. Ved sulkus kan det være vanskelig å få fullstendig lukke på stemmebåndene, og dette kan gi en hes og luftfylt stemme. Et vanlig symptom ved sulkus er stemmetretthet, at man vil føle seg sliten i stemmen ved tale og sang. Omtrent 60 prosent av de som har fått påvist sulkus er kvinner. Det er svært sjelden at små barn får sulkus, og hesheten begynner først hos barn i skolealder. Årsaken til sulkus er ikke kjent, men det finnes ulike teorier. En av disse teoriene er at sulkus stammer fra en cyste som har åpnet seg, og blitt til en grop over tid. En annen teori er at stemmebåndene vokser feil fra starten og at det kan være en genetisk feil. Det har vært påvist at sulkus forekommer hos flere familiemedlemmer (Lindestad, 2008a). I noen tilfeller kan sulkus behandles ved å sprøyte fett eller collagen ned i randen, slik at den blir glatt og jevn (Sapienza & Ruddy, 2009).



(Lindestad, 2008a, s. 309)

Figur 9 Sulkus (sett fra siden)

Som tidligere nevnt er det mange diagnoser som kan føre til heshet. Mange av disse er såkalte differensialdiagnoser, det vil si at det kan være vanskelig å skille de fra hverandre. For eksempel kan en cyste få en motreaksjon på motsatt stemmebånd, og kan derfor fort forveksles med stemmebåndsknuter (Sapienza & Ruddy, 2009).

3.9 Årsaker og risikofaktorer

Det er flere ulike grunner til at barn blir hese. Andrews og Summers (2001) deler inn årsaker til stemmevansker i seks kategorier. Den første kategorien er *medfødt*. Noen barn har medfødte vansker som gjør at de blir hese. Som nevnt over kan dette for eksempel være medfødt web, eller medfødt parese. Neste kategori kaller de *traumatisk*. Dette er stemmevansker som har oppstått på grunn av skader eller ulykker. Et eksempel på dette kan være små barn som må intuberes ved fødselen og dermed kan få skader på stemmebåndene. Larynks kan også skades i alvorlige ulykker, som for eksempel bilulykker. Ved hjerteoperasjoner av små barn kan det oppstå pareser dersom superior- eller recurrensnerven blir skadet. Den tredje kategorien er *inflammatoriske sykdommer*. Dette er sykdommer som oppstår på grunn av en bakterie eller virus. Ofte blir det ytterste laget i lamina propria oppsvulmet, og stemmen blir dermed hes. Et eksempel på dette er akutt laryngitt (Lindestad, 2008a). Den fjerde kategorien er *allergi*. Heshet kan oppstå ved at slimhinnelagene i stemmebåndene blir oppsvulmet på grunn av allergiske reaksjoner (Hunt & Slater, 2003). Det vil redegjøres ytterligere for allergi senere i oppgaven. Femte kategori er *neoplastisk eller ny vekst*. Eksempler på dette er stemmebåndsknuder eller cyster. Den siste kategorien er *psykosomatisk*. Dette dreier seg om stemmevansker som oppstår på grunn av barnets reaksjoner på emosjonelle vansker og stress (Andrews & Summers, 2001). Også dette punktet vil det redegjøres mer for senere. Videre vil det gjøres rede for noen risikofaktorer som kan spille en rolle ved utvikling av heshet.

3.9.1 Kjønn

Som nevnt tidligere oppstår stemmebåndsknuder oftere hos gutter enn hos jenter i barneårene. Dette kan sees i sammenheng med personlighetstrekk, som presenteres senere i oppgaven. I den norske undersøkelsen fra 1982, viste det seg å være flere gutter enn jenter som hadde dårlige stemmer. Av 314 stemmer som ble vurdert som dårlige var 184 gutter og 130 jenter. Barna i undersøkelsen er mellom 4 og 6 år (Hansen & Trolle-Offergaard, 1982). Sederholm (1995) refererer til ulike undersøkelser blant 10-åringer, der man har funnet at forekomst av heshet hos gutter og jenter varierer mellom 3:1 og 3:2.

Når det gjelder forskjell i kjønn i forhold til andre årsaker til heshet, er dette lite nevnt i litteraturen, og det kan derfor virke som om kjønn ikke vil ha noen påvirkning på dette.

Ryen (1983) har sett på ulike undersøkelser som er gjort i forhold til forskjeller i gutters og jenters språkbruk, og hvordan voksne forholder seg til de ulike kjønnene. Hun sier blant annet at barn ofte velger en voksen av samme kjønn som rollemodell for stemmebruk. Dette kan føre til at gutters stemme vil bedømmes som mer maskulin og hard, enn jentene som ofte vurderes som mykere og mer feminine. Dette til tross for at anatomien er lik hos små jenter og gutter. Det har også blitt påvist at voksne snakker forskjellig til gutter og jenter, og en undersøkelse viste at jentene fikk mest ja/nei spørsmål og flere motiverende oppfordringen, mens guttene fikk flere utrop som var røffere i stilen. Forfatteren viser også til undersøkelser gjort blant lærere, som viser at disse tar mer initiativ til kontakt med gutter, men at den hyppige guttekontakten oftest er av negativ karakter i form av irettesettelser og skjenn. Guttene får også lettere oppmerksomhet ved å ha en bråkete atferd. Disse undersøkelsene kan tyde på at gutter kan være mer utsatt for å bli hese enn jenter, som følge av mye og uhensiktsmessig bruk av stemmen.

3.9.2 Personlighetstrekk

Barn som er hese på grunn av oppsvulmede stemmebånd og stemmebåndsknuter har ofte overbelastet stemmen. Hunt og Slater (2003) refererer til Green (1989) som har funnet ut at barn med stemmebåndsknuter ofte har personlighetstrekk som heller mot å være aggressive, blir lettere distraherete, vanskeligere for å knytte relasjoner med jevnaldrende og at de er umodne for alderen. Det er ofte utadvendte barn som har en stemmeatferd som er svært belastende, eller barn som er sinte og frustrerte, og derfor benytter stemmen for å uttrykke sine følelser (Hunt & Slater, 2003). Det kan være en sammenheng mellom personlighetstrekk og kjønn, og at gutter i småbarnsalder er mer høylytte og aktive. I en undersøkelse fra Sverige fant forskeren ut at lærere og foreldre vurderte kronisk hese barn som mer snakkesalige og høylytte enn andre jevnaldrende. I tillegg vurderte lærerne disse barna som mindre konsentrerte, og mer utadvendte, åpne og energiske (Sederholm, 1996b).

Det er også ofte svært pratsomme barn, som ikke nødvendigvis har en atferd som er negativ, som blir hese (McAllister et al., 2008). Likevel er det viktig for en logoped å være klar over at det også kan være mange innadvendte, stille og forsiktige barn som er hese. Det kan ofte være snakk om barn som er anspente, nervøse og som bekymrer seg mye. Hesheten må derfor ofte sees i sammenheng med både personlighetstrekk og psykiske faktorer (Hunt & Slater, 2003).

3.9.3 Psykiske faktorer

Som nevnt tidligere må logopeden også se på psykiske faktorer når det gjelder hese barn. Hos barn som er hese uten at det er forandringer på stemmebåndene, kan årsaken være en mangelfull teknikk. Dette kan komme av underliggende sosiale og/eller emosjonelle vansker (McAllister et al., 2008). Hunt og Slater (2003) presenterer et kasus der en jente på seks år har vært hes i perioder, så lenge moren kunne huske. Ved nærmere undersøkelse oppdages det at dette er en innesluttet og anspent jente, med mange bekymringer. Hun har blant annet blitt mobbet på skolen, og hun har fått sovepiller av lege på grunn av redsel for fremmende menn på rommet. Slik eksempelet viser, kan stemmevansker hos barn være symptomer på angst (Sederholm, McAllister, Sundberg, & Dalkvist, 1993).

Et annet perspektiv er hvordan hesheten kan påvirke det psykiske aspektet. Ved å ha en hes og dysfunksjonell stemme, kan det påvirke barnets selvbilde. Det kan også påvirke hvordan andre mennesker ser på barnets egenskaper og kvaliteter (McAllister, Sederholm, Sundberg, & Gramming, 1994). I 1988 ble det utført en undersøkelse i USA, hvor 25 universitetsstudenter skulle vurdere stemmekvaliteten til 16 barn (åtte som ble karakterisert som hese, og åtte som ble karakterisert å ha en normal stemme). Stemmekvaliteten ble vurdert ut i fra 24 kategorier, som alle var delt inn i en skala fra en til syv, fra negativt til positivt. For eksempel «skitten-ren», hvor skitten ble vurdert som en, mens ren ble vurdert som syv. Resultatene viste at på 22 av 24 kategorier ble barna med normal stemmekvalitet vurdert mer positivt enn barna som var hese (Ruscello, Lass, & Podbesek, 1988). Dette viser at ved å høre på stemmekvaliteten til et barn kan man ubevisst gjøre seg opp et bilde av barnets personlighet, og dette kan resultere i at barnet behandles annerledes enn andre barn.

3.9.4 Medisinske faktorer

Ulike medisinske årsaker kan være en risikofaktor for at barn blir hese. Noen av disse kan være hyppige øvre luftveisinfeksjoner, astma, allergi, hørselsvansker, leppe/kjeve/ganespalte og reflux (Hunt & Slater, 2003). Videre vil jeg ikke gå nærmere inn på alle disse, men trekke frem allergi, da dette forekommer hos mange barn.

I følge Norges Astma- og Allergiforbund (NAAF) får mer enn 40 prosent av befolkningen allergiske reaksjoner en eller flere ganger i løpet av livet. For de fleste vil dette dreie seg om milde symptomer, men for 10-20 prosent vil disse plagene være mer alvorlige. Allergi er

arvelig, og sjansen for at et barn utvikler allergi er cirka 40 prosent der en av foreldrene er allergiske, mens sjansen er cirka 60-80 prosent der begge foreldrene er allergiske (NAAF, 2012). En allergisk reaksjon som rammer de øvre luftveiene kan føre til økt stemmebelastning og feilbruk (Andrews, 1991). Heshet kan oppstå både ved at slimhinnelagene i stemmebåndene blir oppsvulmet på grunn av allergiske reaksjoner, og at barnet hoster og/eller nyser hyppig. Ved hyppig hosting, og også kremting, vil stemmebåndene lukke seg hardt mot hverandre og dette kan over lang tid skape irritasjon og hevelser. Noe som igjen vil føre til en hes stemme på grunn av uregelmessige svingninger i glottisbølgene (Hunt & Slater, 2003).

3.9.5 Miljømessige og kulturelle faktorer

Miljømessige og kulturelle faktorer kan også være en risiko for at barn blir hese.

Miljømessige faktorer kan for eksempel være familieforhold og forhold i barnehage eller skole. I noen familier kan det være vanskelig å bli sett og hørt, særlig hvis det er en stor familie med mange barn (Hunt & Slater, 2003). I en barnehage eller på en skole vil det være mange lydkilder som er med på å skape støy. Støyen fører til at barn og voksne må snakke med økt volum og kraft i stemmen for å bli hørt (Tveitnes, 1997). Noen barn har oppdaget at de kan få viljen sin eller bli hørt dersom de snakker høyt, roper eller har en sutrete stemme. Når de ser at dette fungerer for å få oppmerksomhet fra voksne eller søsken, vil de fortsette med det, og etter hvert kan dette slite på stemmen. Voksne vil også være rollemodeller, og uhensiktsmessig stemmebruk hos de voksne, vil også påvirke barna. Også fritidsaktiviteter kan føre til uhensiktsmessig stemmebruk, som for eksempel lagidretter. Et barn som spiller fotball vil ofte rope mye. Fotballtrening foregår også som oftest utendørs, og barna må derfor bruke mer kraft i stemmen for at lagkameratene skal høre dem. I barnehager og skoler er det ofte mye sang. I mange tilfeller vil ikke ansatte eller lærere ha noen spesiell sangutdannelse, og de kan gi feil instruksjoner slik at barna belaster stemmen for mye (Hunt & Slater, 2003).

Det finnes også kulturelle forhold som gjør at barn risikerer å bli hese. Familieforhold vil spille en rolle på samme måte som nevnt over. Hos familier som er etniske minoriteter er ofte familien større. Det kan føre til at barna må kjempe mer om oppmerksomheten, og at mange søsken kan føre til konfrontasjoner og krangler. Også religiøse aktiviteter kan være stemmebelastende, for eksempel bønnerop hos muslimer, og det er erfart at det er en høy andel av muslimske gutter som har stemmebåndsknuter (Hunt & Slater, 2003). En forskningsstudie som ble utført i Sverige viste at barna i undersøkelsen, som ble påvist å være

kronisk hese, ofte snakket mot bakgrunnsstøy hjemme, og at de ropte mye når de kranglet med søsken (Sederholm, 1996b).

3.9.6 By og land

I den tidligere nevnte undersøkelsen av forekomsten av hese barn, som ble gjort i Sverige, har de også sett på heshet i forhold til hvor barna bor. I denne undersøkelsen fant de en total forekomst av heshet på 14 prosent, mens det for barn fra tett befolkede områder var en forekomst på 21 prosent. Det er viktig å påpeke at dette trolig gjelder akutt heshet, og ikke kronisk heshet. I samme undersøkelse refereres det også til Weinberg (1915), som tidlig gjorde en undersøkelse blant barn mellom 7 og 14 år fra Stockholm. Han fant at forekomsten av kronisk hese barn var på 27 prosent, mens 30 prosent ble regnet som akutt hese. Weinberg poengterer at det kan være ulike levekår som forårsaker ulikheter, og at mange av barna i hans undersøkelse led av kroniske infeksjoner som følge av dårlige hygieniske tilstander (Sederholm, 1995). Denne undersøkelsen er veldig gammel, og levekår for barn har endret seg mye siden det. Nå er industri og bilkjøring noen av tingene som kan skape dårligere forhold i byer, og dette kan trolig ha en påvirkning på for eksempel astma og allergier. Røyk og forurensning er direkte skadelig for slimhinnene på stemmebåndene, og kan derfor være en risiko for heshet (Tveitnes, 2004). Ved skade på slimhinnene er de mer utsatt for slitasje, og for å bli ødematøse. Det vil også være mer støy i byer, noe som fører til at barna kan ha større behov for å heve stemmen for å forsøke å overdøve støyen. Både skade på slimhinnene og økt styrke i stemmen er risikofaktorer for å utvikle heshet.

Sederholm et al. (1993) gjorde en undersøkelse blant 58 barn i Stockholm, og fant en forekomst av heshet på 24 prosent. Her skilles det ikke på om det gjelder akutt eller kronisk heshet. I en annen undersøkelse gjort i Sverige blant 222 10-åringer, fant man at 30 av barna var akutt hese, mens 15 av disse igjen viste seg å være kronisk hese. Videre fant forskeren ut at kronisk heshet var mer vanlig blant barna som bodde i byen enn barna som bodde på mer landlige steder. 87 prosent av de hese barna kom fra byområder (Sederholm, 1996b).

4 Logopedens arbeid med barneheshet

Målet med logopedisk arbeid med barneheshet, vil være at barnet får en best mulig stemme. En stemme som ikke oppfattes som avvikende eller annerledes for andre, og som fungerer best mulig for kommunikasjon. Likevel er det viktig at både barnet og logopeden er klar over at det kan være tilfeller hvor hesheten ikke blir borte (Colton et al., 2011).

Logopeder kan arbeide ulike steder, og hvert arbeidssted vil ha ulike rutiner for hvordan man starter arbeidet med hese barn. Det vil også være forskjell fra logoped til logoped (Colton et al., 2011). Likevel vil det være noen fellestrekk for hvordan man bør gå frem i arbeidet med barneheshet. Det første og viktigste vil være å finne ut av om barnet har vært til øre-nese-halsundersøkelse, og dersom dette ikke har vært gjort må logopeden henvise barnet til en slik undersøkelse. I kapittel 4.4 vil det redegjøres for hvorfor dette er viktig, og hvordan en slik undersøkelse fungerer.. Når barnet har vært til øre-nese-halsundersøkelse må logopeden foreta videre kartlegging av barnet og hesheten. For å få et bilde av barnet og hvorfor hesheten har oppstått, må logopeden innhente informasjon om forhold rundt fødselen, eventuelle allergier eller sykdommer, barnets hørsel, følelsesmessige aspekter og familie- og miljømessige forhold. Det må også kartlegges når hesheten oppstod, samt hvordan barnet bruker stemmen i ulike situasjoner (Hunt & Slater, 2003). Hos små barn vil det være foreldre eller foresatte som kan gi mest informasjon, men eldre barn vil muligens selv ha noen tanker og erfaringer om hvorfor de har blitt hese.

En viktig vurdering i forhold til tilnærming, og hvordan man skal arbeide med det hese barnet, er barnets alder og modenhet. Når et barn er rundt tre år vil det begynne å følge beskjeder som består av flere elementer, kjenne igjen fasong, farge og størrelse på objekter og kunne svare på spørsmål som begynner på «hv». En treåring vil også kunne vite sitt eget for- og etternavn, kjønn og huske hendelser som nylig har skjedd. Når barnet er tre år vil det også kunne uttrykke fysiske og emosjonelle tilstander, og kunne delta i samhandlinger og samtaler (Andrews & Summers, 2001). En kan derfor tenke at fra barnet er omtrent tre år, kan en logoped begynne å arbeide med det, men det vil selvfølgelig være individuelle forskjeller, som må vurderes fra tilfelle til tilfelle.

Det vil være forskjeller i logopedens arbeid med barn i forhold til voksne. En voksen som henvender seg til en logoped for å få hjelp med stemmevansker, er ofte selv klar over problemet, og har også trolig et bilde av hvorfor vansken har oppstått. Voksne vil også selv oppdage hvordan deres stemme avviker fra andres, og forstå behovet for hjelp fra logoped. Barn, derimot, vil ofte ikke være klar over at stemmen er annerledes enn hos jevnaldrende, og hesheten vil være en ubevisst atferd hos barn. Barn kan også ha vanskeligheter med å forstå hvor viktig stemmen er for kommunikasjonen, for eksempel for å uttrykke meninger og følelser. Dersom de ikke har fått kommentarer på hesheten, eller blitt ertet av andre, vil de ofte ikke være klar over at hesheten kan skape negative reaksjoner (Andrews, 1991). Da barnet ofte er ubevisst sin atferd og stemmevansken, er det spesielt viktig at barnets erfaring med logopeden, og det å arbeide med stemmen, blir en morsom og hyggelig opplevelse (Nienkerke-Springer, McAllister, & Sundberg, 2005). Barnets motivasjon er også et viktig element, og vil kunne påvirke behandlingens utforming (Iwarsson, 2008).

Når logopeden har samlet nødvendig informasjon om barnet, vil han eller hun være i bedre stand til å planlegge behandlingen, og sette mål. Videre må logopeden bestemme om en indirekte tilnærming, direkte tilnærming, eller kombinasjon av begge, vil være den beste måten å arbeide med det hese barnet (Andrews & Summers, 2001). Videre vil det gjøres rede for indirekte og direkte arbeid med hese barn, samt en kombinasjon av disse. I tillegg vil det gjøres rede for øre-nese-halsundersøkelse, og ulike lovverk og retningslinjer logopedene må forholde seg til.

Som nevnt tidligere er stemmebåndsknuter den vanligste årsaken til kronisk heshet, og man kan derfor anta at det først og fremst er arbeid med barn med knuter man snakker om i forbindelse med logopedens arbeid. Likevel kan arbeidet også dreie seg om andre diagnoser.

4.1 Indirekte arbeid

Med indirekte arbeid, menes arbeid som ikke direkte rettes mot barnet og barnets stemme, men til foreldre og andre voksne rundt barnet. Dette kan for eksempel være andre familiemedlemmer, eller ansatte i barnehage eller skole. Dersom logopeden vurderer at foreldre, og/eller andre i miljøet rundt barnet, kan tilby nødvendig ansvar og hjelp for å forandre miljøet og uhensiktsmessig stemmeatferd hos barnet, er en indirekte tilnærming passende. Dette er gjerne tilfeller der det er snakk om små barn, som ikke er modne nok til å

kunne delta aktivt i en direkte tilnærming (Andrews & Summers, 2001). Den viktigste delen av indirekte arbeid er rådgivning. Det vil videre kort gjøres rede for rådgivning generelt, før det fokuseres på hvordan logopeder kan benytte rådgivning i arbeid med hese barn.

4.1.1 Rådgivning

Rådgivning kan defineres på følgende måte: ”Rådgivning handler om å hjelpe mennesker som søker hjelp til å hjelpe seg selv. Men rådgivning omfatter også tilrettelegging av ulike sider ved livet for å sikre at mennesker med spesielle behov får optimale vekstvilkår og bedre livskvalitet” (Lassen, 2002, s. 19). En kan si at rådgivning er et dynamisk og gjensidig forhold basert på samarbeid mellom rådgiver og radsøker. Rådgiverens oppgave handler om å følge opp hver enkelt radsøker fra nåtidssituasjon, til en bedre, sikker og mer meningsfull framtid i en utviklende prosess (Lassen, 2002). Rådgivning kan betraktes som et pedagogisk arbeid der rådgiver prøver å sette radsøker i bedre tilstand til å hjelpe seg selv (Johannessen, Kokkersvold, & Vedeler, 2001). Lassen (2002) refererer til Thompson & Rudolph (2000) som ser rådgivning fra radsøkerens ståsted. Radsøker ønsker å bli lyttet til og hørt, få støtte og hjelp til å samle krefter, samt finne den riktige retningen. Det finnes ulike syn og retninger når det gjelder rådgivning. Jeg vil ikke gå nærmere inn på dette, fordi det ikke er relevant i forhold til oppgavens tema.

4.1.2 Rådgivning og indirekte arbeid med barneheshet

Som nevnt tidligere har barnets alder betydning for hvordan logopeden arbeider. Hos små barn vil rådgivningen først og fremst rette seg mot foreldre/foresatte og/eller barnehage- og skoleansatte. Når barnet blir eldre og mer bevisst sin egen stemmebruk, vil det også være nyttig med rådgivning direkte til barnet.

Det første logopeden bør gjøre er å forklare anatomien i stemmeorganet og hvordan stemmen fungerer. Dersom barnet er så gammelt at det deltar, må forklaringen tilpasses barnets alder og modenhet. Bruk av bilder og visuelle effekter kan være nyttig. Hvis ikke barnet og/eller foreldrene har forståelse av hvorfor hesheten oppstår, og hva som er årsaken til problemet, kan de være skeptiske til logopedisk arbeid (Colton et al., 2011). Videre bør logopeden gi råd om hvordan barnet kan hindre feilbruk av stemmen, blant annet ved å forklare hva som er god stemmehygiene. God stemmehygiene fokuserer på å redusere eller eliminere atferd som er med på å opprettholde stemmevansken. Dette innebærer blant annet stemmehvile, unngå å

forsøke å overdøve bråk, kombinere «snakketid» og «stilletid», snakke i et behagelig og hensiktsmessig toneleie, unngå å ha for stor styrke i stemmen, og å drikke rikelig med vann (Aronson & Bless, 2009). Logopeden kan også gi råd om spenninger i kroppen, og hvordan dette kan påvirke stemmen. I noen tilfeller kan det være nødvendig for logopeden å anbefale at barnet skal hvile stemmen sin over tid. Det kan i den sammenheng være nødvendig at foreldre/foresatte tar barnet bort fra fritidsaktiviteter og lignende for en periode (Hunt & Slater, 2003). Dette vil trolig føles urettferdig for barna, og mest sannsynlig skape sterke reaksjoner og konflikter mellom foreldre og barn. Det vil derfor være viktig at logopeden gir god informasjon til foreldre, og barna hvis de er gamle nok, om hvorfor det er hensiktsmessig å være borte fra for eksempel fotballtrening i en periode. Uten denne forståelsen, kan dette være vanskelig å gjennomføre.

Det kan også være aktuelt å gi foreldre eller andre i miljøet rundt barnet oppgaver å jobbe med hjemme. Nienkerke-Springer et al. (2005) gjorde en undersøkelse der de så på effekten av familieterapi på barn med stemmevansker. Familiene jobbet etter en modell som kalles SYGESTI, som baserer seg på en idé om at stemmevansker hos barn har sammenheng med utvikling, livsstil og/eller sosial kontekst. Familiene får ulike oppgaver som de arbeider med hjemme, dette kan blant annet være lytteleker, rollespill, stemmeleker og regler for samtaler. Undersøkelsen viste at stemmekvaliteten hos barna var forbedret etter familieterapien. Resultatene viste også at terapien hadde positiv effekt på hele familien, i forhold til forbedret forhold mellom familiemedlemmene, konflikthåndtering og andre kommunikasjonsaspekter. Slik denne undersøkelsen viser, kan det være nyttig å få til et godt samarbeid med foreldre, slik at de også kan jobbe med bevisstgjøring og stemmebruk hjemme.

4.2 Direkte arbeid

En annen måte å jobbe med hese barn på, er ved direkte arbeid. Direkte arbeid med hese barn kan settes i gang når logopeden vurderer at barnet er modent og klar for det, og ikke minst når det er vurdert at det er hensiktsmessig ut i fra årsaken til hesheten. Barnet vil ha stort utbytte av en strukturert, direkte, en-til-en tilnærming med logopeden (Andrews & Summers, 2001). Den samme informasjonen som gis i forbindelse med rådgivning bør også gis når man arbeider direkte med hese barn. Når man arbeider direkte med barnet, kan man i tillegg lage oppgaver og øvelser som hjelper dem til å bli mer bevisst sin egen kropp og stemme, og som kan ha en positiv effekt på stemmebåndene (Hunt & Slater, 2003). Før man starter arbeidet

bør logopeden i samarbeid med barnet sette opp kortsiktige og langsiktige mål som skal nås. På denne måten kan barnet se hva det skal jobbe mot, og man kan se om det har skjedd en utvikling neste gang barnet og logopeden møtes (Iwarsson, 2008).

Det finnes ulike øvelser som kan gjøres sammen med barnet. Dette kan blant annet være avspenningsøvelser og ulike stemmeøvelser (Andrews & Summers, 2001; Iwarsson, 2008). Som tidligere nevnt vil ikke denne oppgaven klare å si noe om alle aspekter rundt logopeders arbeid med barneheshet, og jeg har valgt å presentere mer generelt om indirekte og direkte arbeid, da det er fokuset i min spørreundersøkelse. Jeg vil derfor ikke gå nærmere inn på detaljer om hvordan avspenningsøvelser, og stemmeøvelser kan utføres. Valg av øvelser vil også være avhengig av årsaken til hesheten, og/eller om grunnen til hesheten er organiske forstyrrelser i larynks, som for eksempel stemmebåndsknuter, cyster eller annet (Aronson & Bless, 2009). Som nevnt tidligere er det viktig at arbeidet blir en hyggelig og morsom opplevelse for barnet. Logopeden kan også lage oppgaver for barna som kan hjelpe dem til å forstå hvordan stemmen fungerer, og hvordan det er best at de bruker den. Eksempler på dette kan være bilder som tydeliggjør god stemmehygiene, kontrakt for stemmebruk hjemme som barnet lager og skjemaer hvor barnet kan samle stjerner eller andre utmerkelser dersom han eller hun har brukt stemmen på en hensiktsmessig måte. Det kan også lages en «stemmebok». Denne kan for eksempel inneholde tegninger, øvelser og oppgaver som hjelper barna til å bevisstgjøre sin egen stemmebruk. Den kan fungere både som en dagbok for barnet, og som et nyttig kommunikasjonsmiddel mellom logopeden og foreldrene, eller andre voksne i miljøet rundt barnet. På den måten vil det bli tydeligere å se hva alle jobber med, og dette kan være til stor hjelp for barnets motivasjon, og ikke minst utvikling i forhold til hesheten (Hunt & Slater, 2003). Det finnes mange måter å gjøre dette på, og logopeden kan selv lage egne oppgaver og øvelser.

Det vil også være forskjeller i forhold til hvor lenge logopeden jobber med barnet, i forhold til hvor lang tid hvert møte skal ta. I følge Hunt og Slater (2003) vil et barn som er under syv år kunne holde konsentrasjonen i 20-30 minutter, og at timene derfor ikke bør være lenger enn dette. Når barnet er over syv år, kan timen forlenges til 45 minutter.

4.3 Kombinasjon av indirekte og direkte arbeid

For de fleste logopeder vil det sannsynligvis være naturlig å kombinere indirekte og direkte arbeid. Det kan være ulike faktorer som avgjør hvordan logopeden vil arbeide med det hese barnet, dette kan blant annet være barnets alder og modenhet, logopedens erfaring og hvordan foreldre og andre i miljøet rundt barnet kan være en ressurs.

Når logopeden har vurdert at barnet har stort utbytte av direkte logopedisk behandling, vil dette, i kombinasjon med indirekte tilnærming, gi maksimalt utbytte for barnet. Også samarbeid og støtte fra foreldre og andre i miljøet rundt barnet, vil styrke arbeidet. Ved første møtet bør foreldre være med, og få informasjon på lik linje med barnet. Videre kan de lære litt hvordan de kan fokusere på arbeidet hjemme. Deretter kan logopeden arbeide direkte med det hese barnet i noen uker, med tett kontakt med hjemmet (Andrews & Summers, 2001). Det kan også være nyttig at logopeden er ute og informerer ansatte i barnehage og skole, slik at de kan hjelpe barnet til å være klar over stemmen i barnehage- eller skolehverdagen, og at de muligens kan arbeide noe forebyggende generelt blant alle barna i barnehagen eller skolen.

4.4 Øre-nese-hals undersøkelse

Før logopeden kan begynne sitt arbeid, må barnet undersøkes av en øre-nese-halslege. Grunnen til dette er at logopeden må få en status over forholdene i strupen. En slik undersøkelse kan avdekke om det dreier seg om hevelser, stemmebåndsknuter eller andre utvekster eller diagnoser. Det kreves eget utstyr, utdanning og kompetanse til å fastslå dette, og det er dermed en øre-nese-halslege som må utføre undersøkelsen. Barnet må undersøkes riktig for å kunne stille riktig diagnose, og for å kunne starte riktig behandling. I noen tilfeller har barnet vært hos allmennlege, før det sendes videre til logopeden. Logopeden må dermed henvise videre til øre-nese-halslege, så sant ikke allmennlegen har riktig utstyr og kompetanse for å sjekke forhold i larynks (Hammarberg et al., 2008). Videre vil det gjøres rede for det vanligste og viktigste utstyret som benyttes under en øre-nese-halsundersøkelse.

4.4.1 Laryngoskopi

Det finnes ulike former for laryngoskopi. Målet er å kunne se ned i larynks og eventuelt avdekke om det er unormale forhold på for eksempel stemmebåndene (Sapienza & Ruddy, 2009). Det benyttes lupe laryngoskopi og fiberskopi. Ved lupe laryngoskopi plasseres

instrumentet bak i svelget, og man kan inspisere strupen. Dersom instrumentet kobles til en skjerm og man har opptaksmuligheter, vil dette gi bilder av strupen og stemmebåndene, som også kan forstørres. Dette vil gi en mulighet til å studere bildene senere. Da instrumentet føres inn i munnen, og bak i svelget, kan det fort føre til at personen som undersøkes brekker seg. Dette kan forhindres ved at man sprayer et bedøvende middel (xylocain) inn i munnen. Det kan også være vanskelig å undersøke stemmebåndene under fonasjon, fordi det er vanskelig for pasienten å snakke når han eller hun har et instrument inne i munnen. Fiberskopi er et fleksibelt verktøy som føres inn i nesen og ned i halsen i stedet for inn i munnen. På samme måte som ved lupe laryngoskopi får man bilder av stemmebåndene. Fordelen med dette verktøyet er at pasienten kan snakke samtidig som stemmebåndene undersøkes, og man kan dermed se på stemmebåndene under fonasjon (Sapienza & Ruddy, 2009).

4.4.2 Stroboskopi

Mens laryngoskopi viser bilder av strupen uten å se glottisbølgene, kan man ved hjelp av stroboskopi få bilder og video som viser svingningene på stemmebåndene. Da stemmebåndene vibrerer raskt, vil det være umulig å kunne se dette med det blotte øyet. Stroboskopien tar høyhastighetsbilder, og med dagens utstyr kan det tas opptil 8000 bilder per sekund. Ved hjelp av et strobelys som blinker hvert femte mikrosekund, vil en kunne se hvordan stemmebåndene svinger. Det vil se ut som om stemmebåndene beveger seg i sakte film, og man vil kunne se om det er eventuelle uregelmessigheter i svingningene. Ved hjelp av stroboskopi kan man blant annet se på stemmebåndslukket, om stemmebåndene er glatte og jevne (eller om det for eksempel er knuter eller andre ujevnheter), hvordan stemmebåndene svinger under fonasjon og hvorvidt begge stemmebåndene svinger symmetrisk (Sapienza & Ruddy, 2009). En fordel med denne teknikken er muligheten til å se stemmebåndene underveis i undersøkelsen, ved at det vises direkte på en skjerm, og pasienten kan se sine egne stemmebånd og hvordan de svinger. Dette kan gjøre at pasienten blir mer bevisst sin egen stemme og stemmebruk (Hammarberg et al., 2008).

4.5 Lovverk

Barn i barnehage og grunnskole har rett til et spesialpedagogisk tilbud, i form av logoped, fra kommunen. Fylkeskommunen har plikt til å tilby denne hjelpen til ungdom i videregående skole. Denne retten er nedfelt i Opplæringslova (1998). I § 5-1 står det blant annet at «Elevar

som ikkje har eller som ikkje kan få tilfredsstillande utbytte av det ordinære opplæringstilbodet, har rett til spesialundervisning». I kommunen er det Pedagogisk-psykologisk teneste (PP-tjeneste) som skal gi dette tilbudet, og før opplæringen kan begynne må det utarbeides en sakkyndig vurdering. Videre i Opplæringslova (1998) § 5-6 står det blant annet at

Kvar kommune og kvar fylkeskommune skal ha ei pedagogisk-psykologisk teneste (...). Tenesta skal hjelpe skolen i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å leggje opplæringa betre til rette for elevar med særlege behov. Den pedagogisk-psykologiske tenesta skal sørgje for at det blir utarbeidd sakkunnig vurdering der lova krev det (...).

I enkelte tilfeller gis det også støtte til behandling for språk- og talevansker hos privatpraktiserende logopedar. Denne støtten gis da frå folketrygden og er nedfelt i Folketrygdloven (1997), § 5-10. Her står det blant annet at

Trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøking og behandling for språk- og taledefekter hos logoped og audiopedagog. Det er et vilkår for rett til stønad at medlemmet er henvist frå lege. Behandlinga må vere av vesentlig betydning for medlemmets sykdom og funksjonsevne (...).

Man kan få støtte frå folketrygden hvis kommunen ikkje kan gi barnet et tilbud etter opplæringsloven, behandlinga er rekvidert av lege, det foreligger uttalelse frå spesialist eller spesialavdeling i sykehus, behandlinga er ledd i behandling eller etterbehandling av sykdom eller skade, eller at behandlinga er av vesentlig betydning for barnets funksjonsevne. Det er Helseøkonomiforvaltninga (HELFO) som behandler søknad om støtte til behandling hos privat logoped. Det må foreligge en bekreftelse frå lege, samt bekreftelse frå kommunen på at de ikkje kan gi barnet et tilbud. HELFO innvilger støtte til 25 behandlingar hos privat logoped, med mulighet for forlengelse ved ny søknad begrunnet av lege og logoped (HELFO, 2011).

Når det gjelder kompetansesenter, gir de bistand når PP-tjenesten i kommunen ber om det. PP-tjenesten sender henvisning til kompetansesenteret på vegne av kommunen. PP-tjenesten skal følge opp barnet før, under og etter barnet er henvist til kompetansesenteret. Barnet må også ha et gyldig vedtak om spesialundervisning etter sakkyndig vurdering. Retningslinjene vil variere noe mellom de ulike sentrene (Statped, 2011).

5 Metode

I planleggingsfasen på mitt masterprosjekt bestemte jeg meg for å skrive om barneheshet. Jeg ønsket å finne ut mer om fenomenet, og hvordan logopeder i Norge faktisk jobber med dette. I planleggingsfasen ble det utarbeidet noen forskningsspørsmål som har hjulpet meg til å komme frem til endelig problemstilling, og utforme mitt spørreskjema. Mine forskningsspørsmål var; Arbeider logopeder indirekte eller direkte med barneheshet? Hvordan blir barna henvist til logoped? Er det nok informasjon om barneheshet blant barnehage- og skoleansatte? Ut i fra disse spørsmålene kom jeg frem til problemstillingen **“Hvordan arbeider logopeder med hese barn?”**

For å få svar på denne problemstillingen, ønsket jeg å henvende meg til så mange logopeder som mulig, og benytte statistiske metoder for å analysere deres svar. Dermed er det i denne undersøkelsen benyttet kvantitativ metode. Målene med forskning er blant annet å beskrive, forutsi, forbedre og forklare ulike fenomen (Gall, Gall, & Borg, 2007). Det er vanlig å dele forskning inn i to hovedretninger; kvantitativ og kvalitativ forskning. Kvantitativ forskning dreier seg blant annet om å studere populasjoner, eller utvalg som representerer populasjonen, bruke statistiske metoder til å analysere dataene og ha et objektivt syn på det som forskes på (Gall et al., 2007). Den vanligste måten å samle inn kvantitative data er gjennom spørreundersøkelser eller surveys (De Vaus, 2002). Kvalitativ forskning dreier seg blant annet om å studere enkeltindivider i deres naturlige omgivelser, og i kvalitativ forskning blir gjerne forskeren personlig involvert (Gall et al., 2007). Ved innsamling av kvalitative data benyttes det som oftest deltagende observasjon, intervjuer eller kasusstudier (De Vaus, 2002).

Min undersøkelse har tatt utgangspunkt i ikke-eksperimentelt, deskriptiv design. I ikke-eksperimentelle design vil man si at ”det ligger utenfor oppgavens formål å gi noen påvirkning som skal forsøke å endre tingenes tilstand” (Kleven, 2002a, s. 265). Forskeren ønsker ikke å gå inn og forsøke å forandre noe, men beskrive tingene slik de er (Gall et al., 2007). Elementer som kan endre tingenes tilstand er blant annet undervisning eller behandling (Kleven, 2002a). Deskriptivt design vil si å studere hvordan et fenomen eksisterer på et bestemt tidspunkt (Gall et al., 2007). I deskriptive undersøkelser er det viktigste å avdekke «hvordan ting er» heller enn «hvorfor de er som de er» (De Vaus, 2002).

Videre vil det gjøres rede for populasjon, utvalg, survey, datainnsamlingens forberedelser og utforming, statistikk, validitet, reliabilitet og etiske betraktninger.

5.1 Populasjon og utvalg

Først vil det gjøres rede for populasjon og utvalg. Det vil gjøres rede for hva dette dreier seg om, hvordan et utvalg kan velges ut, samt hvordan jeg har gjort dette i min undersøkelse. I kvantitativ forskning er et av de viktigste målene å kunne generalisere. Det vil si å kunne fortelle noe om en populasjon, på bakgrunn av en mindre studie. I statistisk generalisering ser man på sannsynligheten for at resultatet man finner i en mindre gruppe – utvalg, også kan gjelde for en større gruppe – populasjon. En populasjon er alle enhetene som undersøkelsen skal representere og få kunnskap om. Et utvalg er noen av medlemmene i en populasjon (De Vaus, 2002), og det utsnittet av populasjonen man faktisk undersøker (Befring, 2002). I store undersøkelser vil det være vanskelig og svært tidkrevende å innhente empiriske data fra hele populasjonen (Befring, 2002). Derfor plukker man ut et utvalg av denne populasjonen.

Det finnes ulike måter å plukke ut et utvalg på. I hovedtrekk kan man skille mellom tilfeldig eller randomisert utvelging, og formålstjenlig eller pragmatisk utvelging. I tilfeldig eller randomisert utvelging vil alle ha like stor sjanse til å være med i utvalget, dette kan sammenliknes med loddtrekning. Dette vil også øke sjansene for å få et representativt utvalg. Ofte vil det være snakk om utvelging som foretas fra en liste, som for eksempel en medlemsliste. Dersom man for eksempel ønsker at en tredjedel av medlemmene skal være med i utvalget, velger man hver tredje på listen. Dette kalles *systematisk utvelging*. Man kan også på forhånd dele populasjonen inn etter sentrale variabler, for eksempel i undersøkelser der det er viktig å ha med begge kjønn. Dette kalles *stratifisert utvalg*. I formålstjenlig eller pragmatisk utvelging er det forskeren som vurderer prinsippet for utvelgingen, og dermed bestemmer hvem som skal representere populasjonen. Det kalles også et ikke-tilfeldig utvalg. Dette vil ofte minske sjansene for å få et representativt utvalg (Befring, 2002; De Vaus, 2002).

5.1.1 Undersøkelsens populasjon og utvalg

I min undersøkelse er populasjonen alle logopedier i Norge som arbeider eller har arbeidet med barneheheshet i løpet av det siste året, og som er medlem av Norsk Logopedlag. For å

komme i kontakt med disse, henvendte jeg meg til leder i hvert regionslag i Norsk Logopedlag. Det er totalt 12 regionslag, som dekker alle fylkene i Norge. Det ble etterspurt liste med e-postadresser til medlemmene i hver region. Jeg fikk tilsendt liste fra seks regionslag, som dekker ti av fylkene i Norge. Noen regionslag kunne ikke sende liste av tekniske årsaker, noen svarte ikke, mens noen ikke ønsket å sende ut liste med hensyn til medlemmene. Et regionslag videreformidlet min e-post, slik at medlemmene selv kunne kontakte meg dersom de ønsket å delta. Det ble vurdert at det ville være mest hensiktsmessig å sende ut spørreskjema til alle logopedene som stod på listene, og dette resulterte i at det ble et formålstjenlig utvalg. Slik økte jeg mine sjanser på å få flest mulig svar, og dermed et størst mulig utvalg til undersøkelsen.

Totalt 526 skjemaer ble sendt ut per e-post. Av disse fikk jeg 237 svar og det er en svarprosent på 45 prosent. Haraldsen (1999) sier at svarprosenten bør ligge på mellom 60 og 75 prosent i postale undersøkelser, og jeg tenker at dette også vil gjelde undersøkelser på nett. I forhold til dette, er det en lav svarprosent i min undersøkelse. Likevel må det påpekes at feltet som undersøkes er smalt, og det vil trolig være få i Norge som arbeider med hese barn. Når det gjelder å vurdere om resultatene i en surveyundersøkelse kan generaliseres til populasjonen skriver Gall et al. (2007) at undersøkelsen bør ha mellom 20 og 50 informanter i utvalget. I min spørreundersøkelse har 39 av deltakerne svart at de arbeider eller har arbeidet med barneheshet i løpet av det siste året. Undersøkelsens utvalg er derfor på 39 personer, dette er 16,5 prosent av alle som svarte på undersøkelsen. Noen e-poster ble sendt i retur, på grunn av feil adresse. Det var også veldig mange som henvendte seg på e-post, og opplyste at de ikke jobbet som logopeder, eller at de ikke jobbet med barneheshet. Disse fikk en forespørsel om å likevel svare på første del av spørreskjemaet.

5.2 Survey

I min oppgave har jeg valgt å benytte meg av survey i form av spørreskjema. Survey er en metode for å samle, organisere og analysere data. Survey kan benyttes til å samle inn data fra ulike kasuser. Da man samler inn samme informasjon om alle de ulike kasusene, er de direkte sammenlignbare (De Vaus, 2002).

Surveymetodikken er særleg relevant for undersøking av sosiale fakta, meningar, og holdningar i store utvalg og populasjonar. Det mest typiske for eit surveyopplegg er at

det omfatter ei stor mengde data med mange informantar (personar) og relativt mange opplysningar frå kvar enkelt informant (variablar) (Befring, 2002, s. 43)

Den vanligste måten å innhente informasjon i surveymetodikken er ved hjelp av spørreskjemaer. Det kan derimot også benyttes strukturerte intervjuer, observasjoner og innholdsanalyser (De Vaus, 2002). Spørreskjemaer er en metode benyttet til å samle inn data om fenomener som ikke er direkte observerbare (Gall et al., 2007). Da det benyttes spørreskjema i dette prosjektet, vil det være fokuset når det redegjøres videre for survey.

Det vil være både fordeler og ulemper med å benytte spørreskjema. Fordelene er blant annet at man kan samle inn data som kan analyseres. Ved at alle informantene får akkurat de samme spørsmålene, vil det være enkelt å sammenlikne svarene, og se etter likheter. Dersom det finnes likheter, vil man kunne se antydninger til et fenomen (De Vaus, 2002). Det er også en fordel at forskeren kan nå utvalg som er geografisk spredt, og at det er tidsbesparende ved at forskeren ikke trenger å være tilstede mens spørreskjemaet fylles ut. Spørreskjemaet sikrer også anonymitet (Ringdal, 2007). Anonymitet vil diskuteres videre i kapittel 5.3.1.

Ulempene ved å benytte spørreskjema kan være at man ikke har mulighet til å gå tilbake til respondentene for å oppklare spørsmål, eller be om mer og utfyllende informasjon om deler av undersøkelsen. Man kan risikere å miste viktige svar, dersom spørsmålene ikke er tydelige nok. Det er også en risiko at respondentene misforstår spørsmålene, og svarer noe annet enn det man egentlig lurer på, og man kan risikere at det er spørsmål som ikke besvares i det hele tatt. Dette kan blant annet skyldes at spørsmålene er for sensitive, uklare eller at respondenten ikke finner et svaralternativ som passer. Dersom spørsmålene i skjemaet er vage, og ikke vil få konsekvente svar, vil dette påvirke reliabiliteten. Spørsmålene må også være formulert slik at de måler det man har tenkt å måle, noe som kan påvirke validiteten (De Vaus, 2002).

Validitet og reliabilitet vil presenteres senere i oppgaven.

5.3 Planlegging og utforming av spørreskjema

For å henvende meg til informantene ønsket jeg å benytte et elektronisk spørreskjema. Ulike nettsider ble sjekket, men mange viste seg å være svært kostbare. På noen sider kunne man benytte en gratis prøveversjon, men det var da begrensninger på hvor lenge skjemaet var tilgjengelig, og antall invitasjoner du kunne sende ut. Til slutt sjekket jeg om Universitetet i Oslo hadde en tjeneste som kunne benyttes kostnadsfritt. Universitetet i Oslo har utviklet en

egen tjeneste for datainnsamling på nett; Nettskjema, og denne ble derfor benyttet. Spørreskjemaet i sin helhet kan sees i vedlegg 1.

5.3.1 Spørreskjema på nett; Nettskjema

Tjenesten Nettskjema administreres av Universitetets senter for informasjonsteknologi, USIT, ved Universitetet i Oslo. Ved hjelp av nettskjema kan man utforme og administrere et spørreskjema som sendes ut elektronisk. Alle brukere ved Universitetet i Oslo kan benytte seg av nettskjema. Tjenesten er gratis, og all informasjon lagres i en database. Resultatene kan blant annet hentes ut ved å se på en og en besvarelse, ved hjelp av en enkel visning i et PDF-dokument eller som SPSS fil (statistisk analyseprogram) (UiO, 2011a).

Nettskjemaet er enkelt å utforme. Skjemaet er delt inn i seksjoner, som gjør det oversiktlig. Her kan du for eksempel skille mellom ulike tema i spørreundersøkelsen. Hver seksjon er tydelig markert med en firkant, og du kan selv velge bakgrunnsfarge (UiO, 2011a). Det er viktig å ikke overlesse spørreskjemaet med visuelle og grafiske virkemidler. Dette kan virke negativt for respondenten, ved og lett ta oppmerksomheten bort fra det som er viktig (Haraldsen, 1999). Innen hver seksjon kan det utformes spørsmål, og man kan velge om spørsmålet skal være åpent eller lukket. Det bestemmes også om respondenten kan krysse av for et eller flere svaralternativer på hvert spørsmål. Dette gjøres ved å velge henholdsvis radioknapper, avkryssingsbokser eller en nedtrekks meny (UiO, 2011a). Du kan velge om spørreskjemaet som sendes ut skal være anonymt eller ikke. Dersom du velger anonymt spørreskjema, får hver deltaker et brukernavn og passord de logger seg inn med. På denne måten vil ikke navn komme frem på listen over leverte besvarelser, kun et ID nummer. Universitetet har retningslinjer på hvordan man skal behandle personopplysninger og data på en ansvarlig måte (UiO, 2011b). Spørreskjemaene ble sendt ut per e-post. I denne e-posten stod det informasjon om hvem jeg var, hvordan informantenes e-postadresse var samlet inn, litt om prosjektet og informasjon om anonymitet og behandling av data. Her var det også link til spørreskjemaet, samt informantens brukernavn og passord. Tjenesten nettskjema har også en funksjon for å sende ut påminnelse til informanter som ikke har svart. Systemet registrerer hvilke e-postadresser som ikke har vært logget på og avgitt svar, og sender ut en påminnelse til disse. Den som sender ut nettskjemaet velger selv hvor lenge det skal være åpent (UiO, 2011a). Mitt skjema var åpent til 1. april 2012, og etter dette var det ikke lenger mulig å svare.

Det er både fordeler og ulemper med å benytte nettskjema. Dette vil være de samme som er nevnt om surveyundersøker generelt, men det vil også være noen fordeler og ulemper knyttet spesielt til tjenesten nettskjema. En av de største fordelene er, som nevnt over, at undersøkelsen kan være helt anonym. Informantene logger seg på med brukernavn og passord, noe som også vil føles trygt for dem. Tjenesten gir også mulighet til å sende ut en påminnelse til de som ikke har svart, uten at du trenger å sende til alle e-postene på nytt. Dette er positivt, både da de som allerede har svart slipper flere e-poster, og at de som ikke har svart kan få en påminnelse dersom de har glemt å svare. Det er også kostnadsfritt å benytte nettskjema og det er enkelt å nå ut til mange informanter på en gang, noe som kan øke svarprosenten.

Noen av ulempene med nettskjema ligger i valgene du har når du legger inn spørsmål. Dersom du har valgt å ha et lukket spørsmål, får du ikke mulighet til å ha et åpent alternativ på samme spørsmål. Jeg hadde blant annet et ønske om at siste svaralternativ flere steder var «annet», og at informantene selv kunne begrunne hva «annet» var. Dette var ikke mulig, og det ble vurdert at det ville bli uoversiktlig dersom det måtte lages et nytt spørsmål for å få vite hva informanten la i svaret «annet». Jeg valgte likevel å ha et alternativ som het «annet», men vil ikke vite hva informanten legger i dette. Første spørsmål i mitt spørreskjema er ment for å luke ut informanter som ikke jobber med, eller har jobbet med barneheshet i løpet av det siste året. Her ble de bedt om å svare «ja» eller «nei». Dersom de svarte «ja» kunne de gå til spørsmål 2, mens dersom de svarte «nei» fikk de beskjed om å begrunne dette ved å svare på et nytt spørsmål, og så levere skjemaet ved å trykke «send». Ulempen her var at mange misforstod denne beskjeden, og fortsatte å fylle ut spørreskjemaet. Det hadde vært bedre om det var en funksjon i tjenesten som gjorde at dersom de trykket «nei» på første spørsmål ble de automatisk stoppet fra å trykke videre. I ettertid ser jeg at dette kunne vært gjort ennå tydeligere, og deltakerne burde fått tydeligere informasjon. Da ville muligens flere oppfattet at de ikke skulle svare på resten av skjemaet, men derimot sende det inn. Det kan også være noen respondenter som har lite datakunnskap, og det kan være vanskelig for disse å finne elektronisk link til spørreskjemaet, og å logge seg på med brukernavn og passord.

5.3.2 Spørsmålsutforming

Når man sender ut spørreskjemaer er det ikke mulig å gå tilbake til informantene for å få utfyllende informasjon. Det er derfor veldig viktig at man tenker igjennom alt man ønsker å

vite, og stiller relevante spørsmål, før spørreskjemaene sendes ut (De Vaus, 2002). Det er også viktig å tenke på formuleringen av spørsmålene, og utforming av svaralternativer. Når man formulerer spørsmål i et spørreskjema må man blant annet vurdere om språket er enkelt og forståelig, om spørsmålet som er stilt kan ha dobbelt betydning, om spørsmålet er ledende, om det er negativt formulert, om begreper vil bety det samme for alle, og om respondenten har nødvendig kunnskap til å kunne svare (De Vaus, 2002). Når du utformer spørsmål velger du også mellom åpne eller lukkede svaralternativer. Åpne svaralternativer betyr at respondenten selv formulerer svaralternativet. Lukkede spørsmål betyr at svaralternativene allerede er bestemt, og at respondenten må velge en (eller flere) av disse. Åpne svaralternativer gir respondentene mulighet til å svare akkurat det de har i tankene, og at de ikke er bundet til svaralternativene som forskeren har satt. Dette kan være nyttig for de som liker å formulere seg, men vanskelig for de som føler at de ikke vet hva de skal svare, og ikke liker å skrive egne svar. Åpne svaralternativer kan være vanskelige å kode for å kunne analyseres statistisk. Lukkede spørsmål er ofte lettere å kode for å analysere statistisk, og det kan gjøre det lettere og raskere for respondenten å svare på spørreskjemaet. På en annen side vil lukkede spørsmål begrense svaralternativene, og man kan risikere at man ikke treffer alle respondentene. Det vil være alternativer som ikke passer for alle, og det kan fort føre til at respondenten må svare «annet» og at forskeren mister relevant og viktig informasjon. Det er ingen metode som er rett eller gal, så det blir opp til forskeren å velge hvordan han eller hun ønsker å utforme sitt spørreskjema (De Vaus, 2002). I min spørreundersøkelse har jeg valgt å ha lukkede svaralternativer. Dette ble først og fremst gjort med tanke på koding og analysering, men også fordi det skulle gå raskere for respondentene å svare på spørreskjemaet.

Når man utformer svaralternativer vil disse bestå av variabler. En variabel kan defineres som en enhet eller karakter som kan ha mer enn en verdi. For eksempel kan variabelen «kjønn», ha verdiene «mann» eller «kvinne» (De Vaus, 2002; Ringdal, 2007). Man skiller mellom tre ulike variabeltyper og disse tre har forskjellige egenskaper i forhold til målenivå, og hvordan de kan analyseres statistisk. Det enkleste målenivået kalles *nominalvariabel*. På nominalnivå kan ikke verdiene rangeres, det vil si at en er større eller bedre enn en annen. Et eksempel på dette er kjønn. Det neste nivået kalles *ordinalvariabel*. På ordinalnivå kan verdiene rangeres, man kan si at en verdi er større enn en annen, men vi kan ikke si noe om hvor stor forskjellen er mellom dem. Eksempel på dette kan være; Helt uenig – Litt uenig – litt enig – helt enig. Det høyeste målenivået kalles *intervallvariabel*. På intervallnivå kan man rangere verdiene og man vil også kunne si hvor stor avstand det er mellom verdiene. Et eksempel på dette kan

være antall personer i forskjellige grupper (De Vaus, 2002). På noen av spørsmålene valgte jeg å la svaralternativene være graderte skalaer. For eksempel «i hvilken grad har du informert barnehage/skoleansatte om barneheshet», med svaralternativene «stor grad», «noen grad», «liten grad» og «ingen grad». Ved å velge skalaer får man informantene til å velge standpunkt på en påstand eller et spørsmål. Det ble valgt å ha fire svaralternativer. Grunnen til det er at jeg ikke ønsket et alternativ som var midt på. Ved å ha et alternativ som er midt på, og ofte nøytralt, kan det være lett for informantene å ikke ta et standpunkt. Jeg ønsket at informantene skulle ta et valg, og ikke gjøre det lettvint ved å velge det midterste, eller nøytrale svaret. På en annen side kan man risikere at det er for stort spenn mellom to alternativer, og at man ikke vil få korrekt svar ved å tvinge informanten til å velge det ene eller det andre (De Vaus, 2002).

Mine tre forskningsspørsmål ble benyttet som utgangspunkt når jeg skulle utforme mitt spørreskjema. Det vil si at hvert forskningsspørsmål ble operasjonalisert slik at alle spørsmålene i skjemaet besvarer ett av de overordnede forskningsspørsmålene.

Forskningsspørsmål én «Arbeider logopedene indirekte eller direkte med barneheshet?» ble operasjonalisert til å inneholde spørsmål som kunne svare på; hvor mange tilfeller av barneheshet logopedene har arbeidet med det siste året, om logopedene arbeider direkte eller indirekte med barneheshet (eller en kombinasjon), hvorfor de velger denne måten å arbeide på, i hvilken grad barna blir mindre hese, hvor mange timer de arbeider i gjennomsnitt per måned, hvem som bestemmer timeantallet og om det kan forlenges, når arbeidet avsluttes og logopedenes holdninger til hese barn.

Det andre forskningsspørsmålet «Hvordan blir barna henvist til logoped?» ble operasjonalisert til å samle informasjon om hvem som henviser til logoped, og om logopeden henviser videre til øre-nese-halslege. Det tredje forskningsspørsmålet «Er det nok informasjon om barneheshet blant barnehage- og skoleansatte?» skulle samle informasjon om informasjonsbehov til ansatte i skole og barnehage, og hvorvidt logopeden selv har vært ute og informert.

Spørreskjemaet ble delt inn i temaer for å gjøre det mer oversiktlig for respondentene. Første del av mitt spørreskjema ble kalt «Er du i målgruppen for resten av undersøkelsen?». Dette er en av de viktigste delene i undersøkelsen, fordi jeg finner ut hvem som jobber eller har jobbet med barneheshet i løpet av det siste året, og hvem som ikke har det. Denne delen består av to spørsmål. Første spørsmål var: «Arbeider du, eller har du arbeidet med barneheshet hos barn

mellom 3 og 12 år i løpet av det siste året?» Dersom svaret var «ja» ble respondentene bedt om å fortsette til spørsmål 2.1. Dersom svaret var «nei» fikk de et nytt spørsmål: «Hvis nei, hva er grunnen til dette?» Etter respondentene hadde svart på dette spørsmålet kunne de sende inn skjemaet, og ikke fylle ut videre. Grunnen til dette var at jeg kun ønsket videre svar fra de som faktisk jobber, eller har jobbet med hese barn.

Den andre delen fikk tittelen «Bakgrunnsinformasjon». Her fikk logopedene spørsmål om kjønn, alder, hvor de tok logopedutdannelsen sin, hvilket fylke de arbeider i, om kommunen de arbeider i er by- eller landkommune, hvor de arbeider (sektor), og hvor mange år de har arbeidet som logoped. Ut i fra denne informasjonen ønsket jeg å vite litt mer om informantene. I forhold til spørsmålet om kommunen de arbeider i er by eller landkommune, ble dette stilt for å se om det hadde påvirkning på antall hese barn.

Tredje del ble kalt «Logopedens arbeid med hese barn». Denne delen bestod av ni spørsmål, og disse var ute etter å finne ut av den reelle praksisen til logopeder. Spørsmålene handlet blant annet om hvor mange barn logopedene har møtt, om de arbeider med hese barn direkte, indirekte eller en kombinasjon, timeantall hvert barn får og logopedens holdninger til barneheshet. På noen av spørsmålene fikk logopedene mulighet til å krysse av på flere enn et svar, men det ble begrenset til maksimalt tre kryss. Dette gjorde jeg for å lette arbeidet med å kode svaralternativene i etterkant, og for å finne ut hva som var det viktigste for logopedene. En ulempe med dette er at det kan være en mulighet for at logopedene hadde hatt behov for å sette flere kryss, og at jeg derfor ikke vil få et helt eksakt bilde av hva de mener. Det kan også være en ulempe at dersom de har satt tre kryss, er ikke disse tre nødvendigvis de tre viktigste punktene for logopeden, men kanskje de tre første de så på lista. Dette kan gi et feil bilde dersom jeg tolker at det var de tre viktigste alternativene for logopedene. To av spørsmålene var åpne, ved at logopedene skrev inn antall barn de har møtt, og antall timer hvert barn får i løpet av en måned. To av spørsmålene hadde graderte svaralternativer.

Del fire fikk navnet «Henvisning og kartlegging». Her ønsket jeg å få informasjon om hvordan barna blir henvist til logoped, og hvordan logopedene forholder seg til henvisning til Øre-nese-hals undersøkelse. To av spørsmålene ba om skalerte svar, mens to spørsmål hadde faste svaralternativer.

Femte del ble kalt «Informasjon». Jeg ønsket å finne ut om logopedene mente det er behov for informasjon om barneheshet til ansatte i barnehage og skole, om de tror flere barn hadde blitt

henvist til logoped dersom de fikk informasjon om barneheshet, og hvorvidt logopedene selv har vært ute og informert barnehage- og skoleansatte om hese barn. Det var et bevisst valg at spørsmålene ble satt i denne rekkefølgen. Tanken bak dette var at logopedene først skulle reflektere over hvorvidt de mener det er behov for mer informasjon, før de måtte reflektere over egen praksis. Her fikk informantene skalerte svaralternativer.

Til slutt i spørreskjemaet kom et punkt som ble kalt «Annet». Denne delen bestod ikke av spørsmål, kun et åpent felt der logopedene kunne skrive inn tanker og opplysninger de hadde kommet på underveis i spørreundersøkelsen. Dette punktet vil ikke være en del av resultatene som presenteres statistisk, men det kan være informasjon, tanker og ideer som kan drøftes i forbindelse med resultatene som kommer frem. Jeg ønsket også å ha dette punktet for å se om det kom frem punkter som burde vært med i min spørreundersøkelse og om noen av informantene mente noen av spørsmålene ikke var relevante.

Før man sender ut en spørreundersøkelse er det ofte lurt å foreta en prøveundersøkelse for å se om spørreskjemaet fremstår slik det er tenkt, og at det ikke inneholder uklare spørsmål (De Vaus, 2002) På grunn av tidsbruk og ressurser i form av informanter valgte jeg å ikke foreta en elektronisk prøveundersøkelse. Jeg ønsket å benytte alle logopedene på de innsamlede listene i min endelige undersøkelse. Likevel fikk jeg veileder og medstudenter til å gå igjennom mitt spørreskjema og komme med tilbakemeldinger. Ut i fra disse tilbakemeldingene ble det gjort noen endringer på spørreskjemaet. Både ved å luke ut irrelevante spørsmål, og å omformulere noen spørsmål som virket ledende.

5.4 Statistikk

Når datainnsamlingen er gjennomført vil det være nødvendig å organisere og oppsummere funnene, og analysere disse statistisk. I kvantitativ forskning skiller man mellom deskriptiv og analytisk statistikk. I deskriptiv statistikk beregner man ut fra de elementer man har, og resultatet vil bare gjelde for disse. Ved analytisk statistikk ønsker man å generalisere resultatene fra en undersøkelse til å gjelde en større populasjon, og man ønsker å si noe om populasjonen på grunnlag av resultatene for utvalget (De Vaus, 2002). Selv om Gall et al. (2007) sier at undersøkelsen bør ha mellom 20 og 50 informanter i utvalget for å kunne generaliseres, og mitt utvalg er på 39, vurderes det at det ikke er aktuelt å forsøke å overføre

informasjon fra denne undersøkelsen til populasjonen. Dermed har jeg tatt for meg deskriptiv statistikk når resultatene er analysert.

Det finnes ulike måter å presentere deskriptiv statistikk. Dette kan gjøres i form av tekst, tabeller, og grafisk presentasjon. En variabels frekvens kan listes opp i en frekvenstabell, og ved hjelp av krystabeller kan man se sammenhengen mellom to variabler. Grafisk fremstilling kan gjøre resultatene lettere å forstå. Datamaterialets tyngdepunkt eller sentraltendens kan beskrives ved hjelp av modus (nominalnivå), median (ordinalnivå) eller mean (gjennomsnitt) (intervallnivå). Når man har gjort dette vil det være aktuelt å finne ut hvordan observasjonene fordeler seg omkring tyngdepunktet. Dette gjøres ved hjelp av variasjonsbredde (nominalnivå), kvartilavvik (ordinalnivå) og standardavvik (intervallnivå). På intervallnivå kan man også se på fordelingsform, her snakker man om skjevhet og kurtosis (De Vaus, 2002).

En kan også se om resultatene er signifikante. Med et signifikant resultat menes hvor stor sjansen er for at det er et tilfeldig resultat. Det er vanlig å sette signifikansnivået på 0,05, noe som blir gjort i denne oppgaven. Det vil si at ved en signifikansverdi på 0,05 kan man si at det er 5 prosent sjanse for at resultatet er tilfeldig, eller at det er 95 prosent sjanse for at det ikke er tilfeldig, og at man derfor kan anta at det gjelder for populasjonen. Tall under 0,05 vil derfor være signifikante, mens tall over 0,05 ikke vil være det, fordi det er større mulighet for at resultatet er tilfeldig. Dersom man ønsker å sette en strengere grense, er det vanlig å sette et signifikansnivå på 0,01. Man kan også se på sammenhengen mellom variabler, dette kalles korrelasjon. En korrelasjonskoeffisient er tallet som forteller i hvilken grad to variabler samvarierer, og dette kan regnes ut ved blant annet å benytte korrelasjonsmålene FI (nominalnivå), Cramers V (nominalnivå), Spearman's rho (ordinal- og intervallnivå) eller Pearsons R (ordinal- og intervallnivå). Korrelasjonskoeffisienten er alltid et tall mellom -1 og 1. Desto høyere tall, desto sterkere er sammenhengen. Når sammenhengen er positiv betyr det at når den ene variabelen stiger, stiger også den andre. Er koeffisienten 0 er det ingen samvariasjon mellom de to, og er koeffisienten negativ så synker den ene variabelen når den andre stiger (De Vaus, 2002). Dersom man har et korrelasjonstall mellom 0,10 og 0,29 sier man at det er en liten eller lav korrelasjon, 0,30 til 0,49 er en middels korrelasjon, og 0,50 til 1 er en stor eller sterk korrelasjon (Pallant, 2010). Oppsummert kan man si at signifikansen sier noe om det er sammenheng, og korrelasjonen sier noe om hvor sterk denne sammenhengen er.

Resultatene fra denne undersøkelsen ble bearbeidet statistisk ved hjelp av dataprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). For å kunne analysere svarene fra min spørreundersøkelse statistisk måtte svarene fra spørreskjemaet gjøres om til nummer, dette kalles koding (De Vaus, 2002). Ut i fra min undersøkelse ønsker jeg å kunne beskrive et mønster på hvordan logoped jobber med barneheshet. De fleste variablene vil presenteres hver for seg, ved å se på frekvens og prosentfordeling. Det er noen variabler jeg ønsker å sammenlikne, og dette gjøres med krystabeller (FI og Cramers V), Spearman's rho og Person R.

5.5 Validitet og reliabilitet

I en undersøkelse vil man gjerne kunne feste tillitt til resultatene man får. Graden av tillitt kan uttrykkes ved å referere til validitet og reliabilitet (Befring, 2002). Først vil det presenteres ulike typer av validitet. Validitet dreier seg om hvor gyldig måleresultatet er, og om man faktisk måler det man ønsker å måle (Ringdal, 2007). I denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i Cook og Campbell (1979), referert i Lund (2002), sitt validitetssystem. I dette validitetssystemet skiller man blant annet mellom *indre validitet*, *begrepsvaliditet* og *ytre validitet* (Lund, 2002). Til slutt vil det gjøres rede for reliabilitet. Validitet og reliabilitet vil drøftes i kapittel 7.5.

5.5.1 Indre validitet

Indre validitet handler om sammenhengen mellom to variabler. Man kan se på i hvilken grad endringer i en variabel skyldes påvirkning fra andre variabler (Vedeler, 2000). Spørsmålet om indre validitet blir aktuelt der man begynner å tolke årsaksforhold mellom ulike variabler, og å trekke årsaksslutninger. Dersom man ikke ser på årsaksforhold, men heller ser på om det er en statistisk sammenheng, er ikke indre validitet aktuelt (Kleven, 2002b). Som nevnt tidligere er det benyttet ikke-eksperimentelt design, og jeg har derfor ikke manipulert variabler, eller satt inn tiltak for å se på effekt. Et ikke- eksperimentelt design kan dermed ikke trekke konklusjoner om indre validitet. Likevel kan forskeren vurdere å komme med andre tolkninger av årsaksforhold (Kleven, 2002a, 2002b).

5.5.2 Begrepsvaliditet

En annen type validitet er begrepsvaliditet. Her ser man på hvorvidt instrumentet konstruert for undersøkelsen (spørreskjema i min undersøkelse), måler det det er ment å gjøre, og om man måler de relevante begrepene i forskningsproblemet (Lund, 2002; Vedeler, 2000).

Kleven (2002d) definerer begrepsvaliditet på følgende måte: «Med *begrepsvaliditet* mener vi *grad av samsvar mellom* begrepet slik det er definert teoretisk *og begrepet slik vi lykkes med å operasjonalisere det*» (s. 122). Det er nødvendig å arbeide både med teori og data for å kunne se om det er samsvar mellom det teoretiske begrepet og begrepet slik forskeren har operasjonalisert det (Lund, 2002).

Trusler mot begrepsvaliditet kan blant annet være at forskeren benytter irrelevante begreper og har usystematiske feil. Dette kan oppstå dersom forskeren har dårlige definerte og operasjonaliserte begreper i spørreskjemaet (Lund, 2002; Vedeler, 2000). Dersom informantene ikke forstår eller misoppfatter spørsmålene i spørreskjemaet, vil forskeren risikere at svarene blir unøyaktige og at undersøkelsen ikke lenger måler det den er tenkt å måle (Gall et al., 2007).

5.5.3 Ytre validitet

I kvantitativ metode er ofte målet å kunne generalisere resultatene som er funnet til å gjelde hele populasjonen. Ytre validitet dreier seg om hvorvidt resultatene kan generaliseres, om resultatet kan overføres til andre relevante personer, situasjoner, steder eller tider (Lund, 2002; Vedeler, 2000). En kan si at man ønsker å finne gyldighetsområdet for de resultatene vi har funnet (Kleven, 2002c). I min undersøkelse vil spørsmålet være om jeg kan si at resultatene gjelder for alle logopeder i Norge som arbeider med barneheshet, eller om resultatet kun er gyldig for de som har deltatt i undersøkelsen.

Trusler mot ytre validitet kan blant annet være for lite, eller ikke representativt utvalg. Ved for lite utvalg kan ikke resultatet generaliseres til populasjonen (Vedeler, 2000). I min undersøkelse kan jeg også risikere å få individhomogenitet. Det vil si at deltakerne i undersøkelsen kommer fra en relativt ensartet gruppe og at resultatet dermed ikke kan generaliseres til andre grupper (Lund, 2002). Det vil derimot ikke være relevant for meg å forsøke å generalisere resultatet til andre grupper.

5.5.4 Reliabilitet

Reliabilitet betyr pålitelighet og handler om hvorvidt dataene i undersøkelsen er påvirket av tilfeldige målingsfeil (Kleven, 2002d). Det dreier seg også om man ved gjentatte målinger, med samme måleinstrument, vil få samme resultat (Ringdal, 2007). For eksempel, dersom samme spørreskjema ble sendt ut etter en uke, ville man da fått de samme resultatene?

Tre viktige aspekt ved reliabilitet er stabilitet, ekvivalens og observatør/vurderer. Stabilitet handler om hvorvidt resultatet er avhengig av informantens dagsform, tid på dagen spørsmålene stilles og liknende. Ekvivalens handler om måten man stiller spørsmålene på. Kan ulike måter å stille spørsmålet på, påvirke resultatet? Informantene kan misforstå spørsmålene, eller forsøke å gjette seg til et svar. Observatør/vurderer handler om hvorvidt resultatet er avhengig av dem som ser, tolker og vurderer dataene (Kleven, 2002d).

5.6 Etiske betraktninger

Etiske vurderinger gir uttrykk for hva som er rett og galt. En kan stille spørsmålet; «Hvordan bør man handle?» Dette spørsmålet er særlig viktig når man forsker på noe. Forskningsetikk er blitt viktig for å ivareta god forskningsskikk, og dermed ivareta kvaliteten på forskningen (Befring, 2002). Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsfag og humaniora (NESH) har utarbeidet forskningsetiske retningslinjer, for å hjelpe forskere til å reflektere over sine etiske holdninger og oppfatninger. En viktig del av forskning er å ivareta etiske hensyn, og forskeren har ansvar for at dette hensynet ivaretas. Først og fremst skal forskeren ta hensyn til menneskeverdet (NESH, 2006). Mens de forskningsetiske retningslinjer er et hjelpemiddel for forskerne, finnes det også lovverk forskere må forholde seg til. Dette er blant annet Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven). Formålet med denne loven er «å beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger. Loven skal bidra til at personopplysninger blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvern hensyn, herunder behovet for personlig integritet, privatlivets fred og tilstrekkelig kvalitet på personopplysninger» (Personopplysningsloven, 2000, §1). Forskningsprosjekter som utføres av studenter skal meldes til Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), dersom de utløser meldeplikt etter personopplysningsloven. Studenter har meldeplikt dersom forskningsprosjektene inneholder personopplysninger som kan identifisere personene som

deltar. Man skiller mellom direkte personidentifiserbare opplysninger (navn, personnummer), indirekte personidentifiserbare opplysninger (kommune/arbeidssted kombinert med opplysninger om alder, kjønn og liknende) og sensitive personopplysninger (etnisk bakgrunn, politisk- og/eller religiøs oppfatning og liknende) (NSD, 2012). Mitt prosjekt var meldepliktig da jeg innhenter data elektronisk, og ved at jeg behandler e-postadresser (se vedlegg 3).

Informantene som har deltatt i min undersøkelse har krav på at alle opplysninger har blitt behandlet konfidensielt, og at det endelige materiale er anonymisert (Befring, 2002).

Forskeren må ha respekt for individets privatliv, og dette innebærer å beskytte informantene mot uønsket innsyn (NESH, 2006). Logopedenes anonymitet ble ivaretatt ved at ingen direkte personidentifiserbare opplysninger ble etterspurt i spørreskjemaet. Likevel er det spurt om indirekte personidentifiserbare opplysninger i spørreskjemaet, som kjønn, alder og fylke. Det er også spurt om arbeidssted i form av kategorier (PP-tjeneste, kompetansesenter, skole og liknende). Til tross for dette mener jeg at det ikke vil være mulig å kjenne igjen enkeltpersoner i min endelige oppgave. Det er viktig å skille mellom konfidensialitet og anonymitet. Konfidensialitet vil si at forskeren kan sammenlikne navn og svar, men forsikrer respondenten om at ingen andre vil ha tilgang til dette. Anonymitet handler om at forskeren ikke kan gjenkjenne respondenten. Det er derfor viktig at forskeren er klar over hva han eller hun informerer respondentene om før undersøkelsen starter (De Vaus, 2002). I min undersøkelse har jeg hatt tilgang til e-postadressene til alle respondentene, men da de logget inn på nettskjema med brukernavn og passord vet jeg ikke hvem som har svart hva. De er derfor helt anonyme.

En annen viktig etisk betraktning er at deltakerne i en undersøkelse skal informeres om prosjektet, og at deltakelse er frivillig. De skal også informeres om at undersøkelsen kun settes i gang etter deres samtykke, og at de til enhver tid har rett til å avbryte sin deltakelse. Dette skal kunne gjøres uten at det må begrunnes, eller at det fører til negative konsekvenser for informantene. Det er viktig at informasjonen gis uten at deltakerne skal føle press på sin deltakelse (De Vaus, 2002; NESH, 2006). E-posten deltakerne i min undersøkelse mottok, inneholdt informasjon om spørreundersøkelsen, informasjon om at deltakelse var frivillig og informasjon om at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet (se vedlegg 2). Når spørreskjemaene var sendt ut fikk jeg veldig mange e-poster fra informanter som ikke synes det var hensiktsmessig å delta av ulike grunner. Noen var pensjonister og noen jobbet ikke som logoped for øyeblikket. Ut i fra dette tolket jeg at det var for mye informasjon i e-posten,

og at de derfor ikke fikk med seg at jeg ønsket at de skulle svare på første spørsmål uansett. Da påminnelse ble sendt ut til de som ikke hadde svart, forsøkte jeg derfor å gjøre dette ennå tydeligere. Alle som henvendte seg til meg på e-post fikk svar, og jeg forklarte at jeg gjerne ønsket at de skulle svare på første del av spørreskjemaet, og at dette ville hjelpe meg til å få en oversikt over hvor mange som arbeider med barneheshet i Norge. Et etisk spørsmål vil være om noen av dem som fikk svar på e-post har følt seg presset til å delta i undersøkelsen. Jeg forsøkte å formulere meg slik at de ikke skulle føle seg presset, og passet på å få frem at jeg satte pris på tilbakemeldingen. Jeg skrev at dersom de hadde anledning, hadde det vært til stor hjelp hvis de svarte på første spørsmål i spørreskjemaet. Videre ble det forklart at de kunne trykke «nei» hvis de ikke jobber med barneheshet, krysse av på et av alternativene som passer på grunn, og trykke «send». Jeg skrev også at dette ville hjelpe meg til å få en oversikt over hvor mange som ikke jobber med barneheshet, og årsaker til dette. Til slutt skrev jeg at jeg uansett var glad for tilbakemelding, og håper at dette var med på å gjøre at de ikke skulle føle seg presset til å svare.

Når man utfører et forskningsprosjekt er det svært viktig å tenke over hvordan og hvor man oppbevarer materiell og data som samles inn. Identifiserbare opplysninger skal lagres forsvarlig, og ikke lagres lenger enn det som er nødvendig for å gjennomføre prosjektet (NESH, 2006). Det må opprettes et godt system for at ikke utenforstående får tilgang til opplysninger og data. Mitt materiell ble lagret elektronisk på eksternt skrivebord og Universitetet i Oslos datasystem. Det vil si at informasjon ikke ble lagret på privat datamaskin. Dermed var dataene beskyttet med brukernavn og passord, i tillegg hadde jeg en sikkerhet i forhold til å miste data. I tillegg ble dokumenter som inneholdt navn og e-postadresser til logopeder beskyttet med passord. Privat datamaskin ble i tillegg passord-beskyttet mens oppgaven ble skrevet, og låst inn i skap når den ikke var i bruk. Dokumenter som inneholdt opplysninger om informanter, eller om prosjektet, ble også låst inn. Når oppgaven er godkjent vil utskrifter og dokumenter makuleres, og andre elektroniske data som inneholder sensitive- og/eller personopplysninger slettes.

6 Presentasjon av resultater

I dette kapitlet vil resultatene fra spørreundersøkelsen presenteres. De vil presenteres ut i fra rekkefølgen i spørreskjemaet, og de viktigste funnene trekkes frem. Resultatene presenteres i dette kapitlet, mens de drøftes i kapittel syv. Jeg har valgt å presentere de fleste punktene, da det er spørreskjemaet denne oppgaven er bygget på, og ønsker derfor å ha med de fleste svarene. Som nevnt tidligere ble det sendt ut 526 spørreskjemaer, og jeg fikk 237 svar. Dette er en svarprosent på 45 prosent. 39 av disse svarene er logopeder som arbeider eller har arbeidet med barneheshet i løpet av det siste året, og er derfor mitt utvalg. Ut i fra min undersøkelse og størrelsen på utvalget, er det ikke aktuelt å forsøke å overføre informasjon fra denne undersøkelsen til populasjonen. Jeg har likevel valgt å presentere det i resultatene, der den statistiske analysen viser seg å være signifikant. Det vil ikke konkluderes med at dette også vil gjelde for populasjonen, men likevel kunne anta at det kan være en tendens. Med et signifikant resultat menes hvor stor sannsynlighet det er for at det er et tilfeldig resultat. Det er vanlig å sette signifikansnivået på 0,05, noe som er gjort i denne oppgaven. Det vil si at ved en signifikansverdi på 0,05 kan man si at det er 5 prosents sjanse for at resultatet er tilfeldig, eller at det er 95 prosent sannsynlighet for at det ikke er tilfeldig og at man derfor kan anta at det gjelder for populasjonen. Tall under 0,05 vil derfor være signifikante, mens tall over 0,05 ikke vil være det fordi det er større mulighet for at resultatet er tilfeldig (De Vaus, 2002).

På noen variabler har jeg også sett på korrelasjonen. I min analyse har jeg valgt å se på korrelasjoner på ordinal og intervallnivå ved hjelp av Person R og Spearman's rho. Jeg har ikke sett på korrelasjoner på nominalnivå da dette er lite hensiktsmessig med de variablene som er benyttet. Som nevnt tidligere måles korrelasjonen med et tall mellom -1 og 1. Desto høyere tall, desto sterkere er sammenhengen. Når sammenhengen er positiv betyr det at når den ene variabelen stiger, stiger også den andre. Er koeffisienten 0 er det ingen samvariasjon mellom de to, og er koeffisienten negativ så synker den ene variabelen når den andre stiger (De Vaus, 2002). Dersom man har et korrelasjonstall mellom 0,10 og 0,29 sier man at det er en liten eller lav korrelasjon, 0,30 til 0,49 er en middels korrelasjon, og 0,50 til 1 er en stor eller sterk korrelasjon (Pallant, 2010). Oppsummert kan man si at signifikansen sier noe om det er sammenheng, og korrelasjonen sier noe om hvor sterk denne sammenhengen er.

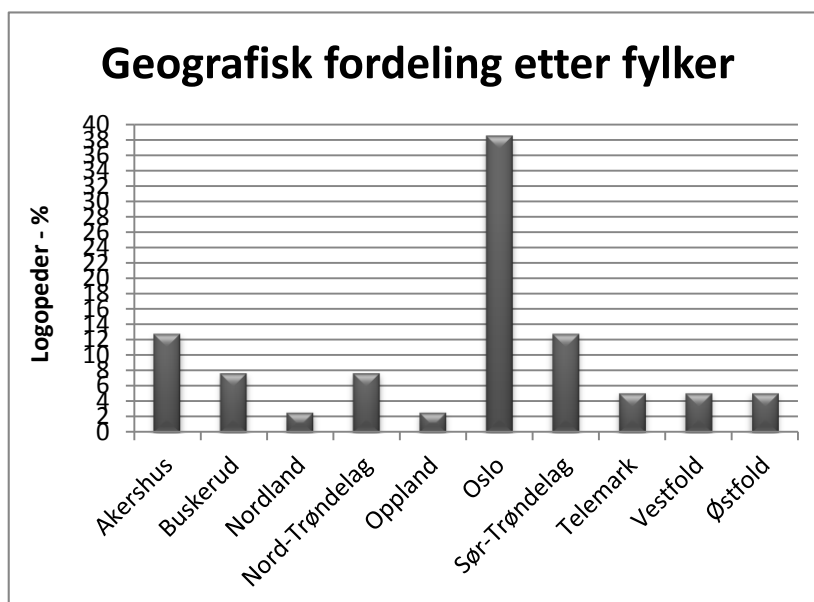
I fremstillingen av resultatene fokuseres det først og fremst på antall personer, i stedet for prosenter. Med et så lavt antall vil det gi et feil bilde å kun presentere resultatene i prosent.

Resultatene er likevel også oppgitt i prosent, for å forsøke å skape et mest mulig helhetlig bilde.

6.1 Logopedene i undersøkelsen

Av de 39 som har svart at de arbeider eller har arbeidet med barneheset i løpet av det siste året, er 34 av disse kvinner og fem er menn. Da utvalget er så skjevt mellom kvinner og menn kommer jeg ikke til å se på om det er forskjeller på hvordan de arbeider med hese barn. Alder er sortert i kategorier med intervall på ni år, og det er flest som faller innenfor kategorien 50-59 år. 13 personer eller 33,3 prosent har valgt denne kategorien. Det er 8 personer eller 20,5 prosent som har krysset av i kategoriene 40-49 og 60 og eldre. Når det gjelder utdanning er 27 logopeder utdannet i Oslo, dette er 69,2 prosent. Resten fordeler seg på Bergen, Sandane, Trondheim og annet. Det er ingen som har krysset av på utdanning i Tromsø eller i utlandet.

Spørreskjemaene ble sendt ut til seks regionslag som dekker ti av fylkene i Norge. I figur 10 kan man se fordelingen på hvilke fylker logopedene arbeider i. De fleste som har svart på undersøkelsen arbeider i Oslo. Da undersøkelsen ikke ble sendt til alle landets fylker vil ikke geografiske forskjeller i forhold til fylker undersøkes videre.



Figur 10 Logopedenes geografiske fordeling

Det ble også undersøkt om kommunen logopedene arbeider i er by- eller landkommune. 28 av logopedene (71,8 prosent) oppgir at de arbeider i by-kommune, mens 10 (25,6 prosent) oppgir at de arbeider i en landlig kommune. Én logoped har ikke svart på dette spørsmålet.

Logopedene ble spurt om hvor de arbeider. Her hadde logopedene mulighet til å sette flere kryss, dersom de arbeidet mer enn et sted. 13 logopeder (33,3 prosent) oppgir PP-tjenesten som sitt arbeidssted, fem (12,8 prosent) jobber privat, seks (15,4 prosent) på kompetansesenter og syv (17,9 prosent) i skole eller barnehage. Resten fordeler seg på andre arbeidsplasser. Det er tre logopeder som oppgir mer enn et arbeidssted, og dette er henholdsvis PP-tjenesten/skole/barnehage, privat/skole/barnehage og PP-tjenesten/privat/sykehus. Ved videre presentasjon av resultater vil det i hovedsak dreie seg om de som jobber i PP-tjenesten (totalt 15 logopeder) og de som jobber privat (totalt 7 logopeder). Grunnen til dette er at hovedtyngden av logopedene arbeider i PP-tjenesten, og at jeg ønsker å sammenlikne forskjeller på privat og offentlig, samt om det er forskjeller mellom PP-tjenesten og andre offentlige instanser. En kan merke seg at blant antall i PP-tjenesten og privat er det én logoped som har svart at han eller hun arbeider begge steder, og den ene personen vil derfor være representert i begge disse kategoriene.

Jeg ønsket også å innhente opplysninger om hvor mange år logopedene har arbeidet. Svaralternativene ble delt i syv kategorier med intervaller på fem år, fra 0 til over 30 år. Her er fordelingen ganske jevn. De to kategoriene flest har krysset av på er 6-10 år og 11-15 år, med åtte logopeder i hver gruppe, mens det er syv som har arbeidet 0-5 år. Det er kun en logoped som har krysset av på over 30 år.

6.1.1 Logopedene som ikke arbeider med hese barn

Jeg ønsker også å presentere noe om logopedene som svarte at de ikke arbeider eller har arbeidet med barneheshet i løpet av det siste året, og drøfte dette senere i oppgaven.

	Antall	Prosent
Nei	198	83,5
Ja	39	16,5
Total	237	100,0

Tabell 1 Oversikt over om logopedene er i målgruppen for resten av undersøkelsen

Som man kan se i tabell 1 er det totalt 198 logopeder som svarte «nei» på spørsmålet om de arbeider eller har arbeidet med hese barn i løpet av det siste året. Dette er 83,5 prosent av alle som svarte på undersøkelsen. Videre ble de spurt om hva som var grunnen til at de ikke jobbet med dette. Her har 67 logopeder (33,8 prosent) svart at grunnen er at de ikke har fått noen barn henvist. 93 av logopedene har svart at de enten er studenter, pensjonister, ikke arbeider som logoped for tiden, at de i følge stillingsinstruks ikke skal arbeide med barn, at barna de arbeider med er over 12 år eller at de er sykemeldte/i permisjon. To logopeder har svart at grunnen til at de ikke arbeider med hese barn, er at de har for lite kompetanse til å arbeide med dette. 35 logopeder har oppgitt at grunnen er «annet», og man får derfor ikke vite hva dette er. Her hadde det vært hensiktsmessig med et åpent spørsmål, slik at de selv kunne fylle ut hva «annet» er. Én logoped har ikke svart på dette spørsmålet.

6.2 Logopedenes arbeid med hese barn

Tredje del av spørreskjemaet tok for seg spørsmål om logopedens arbeid med hese barn. Første spørsmål var hvor mange tilfeller av barneheshet logopeden hadde arbeidet med i løpet av det siste året. Her ble gjennomsnittet på 2,67 barn. Logopedene svarte her fra ingen barn, og opp til 10 barn. Det er to logopeder som svarer «0» på dette spørsmålet, og dette kan virke noe rart, da de har svart «ja» på om de er i målgruppen for undersøkelsen. Jeg har likevel valgt å ha med disse informantene, da de har svart på de andre spørsmålene, og at det derfor antas at de har erfaring med å jobbe med hese barn.

Jeg har sammenliknet antall tilfeller av barneheshet med de som arbeider privat, kontra de som arbeider i det offentlige. Tabellen under viser at gjennomsnittet for antall tilfeller er høyere hos de som arbeider privat, enn de som arbeider i det offentlige.

	Antall logopeder	Gjennomsnittlig antall barn
Privat	7	5,14
Offentlig	32	2,13

Tabell 2 Gjennomsnittlig antall barn sammenliknet med privat og offentlig

Dette resultatet viser seg å være signifikant (0,002). Da antallet logopeder er så lavt vil det ikke være mulig å kunne si om dette også gjelder for populasjonen, men det er mulig å anta at man ser en tendens. Dersom man sammenlikner antall tilfeller av barneheshet med PP-tjenesten og andre offentlige instanser, er resultatet at PP-tjenesten har et gjennomsnitt på

antall hese barn på 1,87, mens andre offentlige instanser har et gjennomsnitt på 2,33 tilfeller. Dette resultatet er derimot ikke signifikant, og man kan ikke trekke noen konklusjoner om at dette gjelder for populasjonen.

Jeg har også sett på sammenhengen mellom antall tilfeller, og om logopedene arbeider i en by- eller landkommune. Resultatet viser at gjennomsnittlig antall barn er høyere blant de som arbeider i byen, enn de som arbeider på landet (se tabell 3). Dette resultatet er signifikant (0,003).

	Antall logopeder	Gjennomsnittlig antall barn
By	28	3,18
Land	10	1,30

Tabell 3 Gjennomsnittlig antall barn sammenliknet med by- eller landkommune

Til slutt har jeg sett på sammenhengen mellom antall tilfeller og antall år logopedene har arbeidet. Også dette resultatet viser seg å være signifikant (0,029) og det er en positiv korrelasjon målt med Person R. Denne korrelasjonen er på 0,350, det vil si at det er en middels sterk korrelasjon. Desto lengre logopedene har arbeidet, desto flere barn har de arbeidet med i løpet av det siste året.

Spørsmål 3.2 spør hvilken tilnærming logopedene oftest benytter i arbeid med hese barn. Her har 28 logopeder (71,8 prosent) svart at de velger en kombinasjon av indirekte og direkte arbeid. Ni logopeder (23,1 prosent) arbeider indirekte, mens to logopeder (5,1 prosent) har valgt direkte tilnærming. Det er ingen resultater som skiller seg ut dersom man sammenlikner tilnærming med privat og offentlig, eller PP-tjenesten og andre offentlige instanser. Det eneste som kan påpekes er at alle logopedene som arbeider privat, har svart at de arbeider etter en kombinasjon av indirekte og direkte arbeid. Blant de ni som oftest benytter en indirekte tilnærming, har fire av disse kun jobbet 0-5 år som logoped, mens de to som oftest velger direkte arbeid har jobbet i 11-15 år.

Videre skulle logopedene begrunne hvorfor de oftest benyttet denne tilnærmingen. Her var det mulig for logopedene å sette flere kryss. Det er stor spredning i hva logopedene har svart. Tre svar skiller seg likevel ut, dette er «barnet er for ung til å ta ansvar selv», «familiekultur – hele familien trenger rådgivning og/eller tiltak» og «årsak til hesheten er avgjørende for hvilken tilnærming jeg velger». Omtrent 40 prosent av logopedene har krysset av for disse tre. Det er ingen som har krysset av på «barnets ønsker» eller «mest lønnsomt økonomisk».

I spørsmål 3.4 blir logopedene spurt om i hvilken grad barna de arbeider med blir mindre hese. Tabellen under (tabell 4) viser hva logopedene har svart. Det var ingen resultater som utpekte seg når jeg sammenliknet i hvilken grad barna ble mindre hese med tilnærming, privat/offentlig, og PP-tjenesten/andre offentlige instanser.

	Antall logopeder	Prosent
Stor grad	7	17,9
Noen grad	21	53,8
Liten grad	9	23,1
Total	37	94,9
Mangler	2	5,1
Total	39	100,0

Tabell 4 I hvilken grad barna blir mindre hese

Jeg ønsket også å finne ut av hvor mange timer logopeden arbeider i gjennomsnitt med hvert hese barn i løpet av en måned. Her svarte logopedene fra 0 til 12 timer, med et gjennomsnitt på 3,03 timer. Det er tre logopeder som ikke har svart på dette spørsmålet. De som jobber privat har et gjennomsnitt på 4,5 timer, PP-tjenesten har et gjennomsnitt på 2,4 timer, mens andre offentlige instanser har et gjennomsnitt på 3 timer (tabell 5). Disse tallene er ikke signifikante.

	Antall logopeder	Gjennomsnittlig antall timer
Privat	6	4,5000
PP-tjenesten	13	2,4038
Andre offentlige	17	3,0000

Tabell 5 Gjennomsnittlig antall timer fordelt på arbeidssted.

Jeg ønsket også å finne ut hvem som bestemte antall timer, og om det var mulig å forlenge dette timeantallet. 27 logopeder (69,2 prosent) svarer at det er opp til dem å bestemme antall timer. Tre av logopedene (7,7 prosent) svarer at det er henvisende instans som bestemmer antall timer, mens fire (10,3 prosent) svarer at det er arbeidsplassen som har fastsatt timeantallet. Fem logopeder (12,8 prosent) svarer «annet» på dette spørsmålet. Igjen skulle det vært interessant å vite hva «annet» innebærer, men på grunn av at spørsmålet var lukket var ikke det mulig. Når det gjelder muligheten for å forlenge timeantallet svarer 23 logopeder (59 prosent) at dette alltid er mulig. 12 logopeder (30,8 prosent) svarer at det ofte er mulig å

forlenge timeantallet, mens fire logopeder (10,3 prosent) svarer at det sjelden er mulig. Det er ingen som har svart at det aldri er mulig å forlenge timeantallet. Det er seks av syv logopeder som arbeider privat som svarer at det alltid er mulig å forlenge timeantallet, mens i PP-tjenesten er det omtrent likt fordelt mellom alltid og ofte. Disse resultatene er ikke signifikante, og vil derfor kun gjelde for denne undersøkelsen.

I spørsmål 3.8 ble logopedene spurt om når arbeidet avsluttes. I tabellen under (tabell 6) vises resultatet på hva de svarte, fordelt på antall og prosent. Det er flest logopeder som svarer at arbeidet avsluttes når logopeden selv vurderer at det ikke lenger er hensiktsmessig å avslutte arbeidet. Det var ikke forskjeller i når arbeidet avsluttes i forhold til hvor logopedene arbeider.

	Antall logopeder	Prosent
Når hesheten er borte	6	15,4
Etter et bestemt antall timer	1	2,6
Når tiltak ikke følges opp av barnet/foreldre/foresatte	3	7,7
Når foreldre/barnet ønsker det	1	2,6
Når logopeden vurderer at det ikke lenger er hensiktsmessig å fortsette arbeidet	23	59,0
Annet	5	12,8
Total	39	100,0

Tabell 6 Når arbeidet med hese barn avsluttes

Til slutt i tredje del av spørreskjemaet ble logopedene spurt om sine holdninger til logopedisk arbeid med barneheshet. Her var det mulig for logopedene å sette flere kryss. 28 logopeder (71,8 prosent) mener at logopedisk arbeid er nyttig, og 20 logopeder (51,3 prosent) svarer at logopedisk oppfølging lykkes bare dersom familien støtter opp. Det er også 14 logopeder (35,9 prosent) som har svart at årsak til hesheten er avgjørende for om logopeden lykkes i sitt arbeid. Det er ingen logopeder som har svart at logopedisk oppfølging ikke er nyttig, og kun én logoped har svart at han eller hun avventer helst situasjonen og ser om hesheten går over.

6.3 Henvisning

Fjerde del av spørreskjema omhandler hvem som henviser barna til logopedene og om logopedene henviser til øre-nese-hals undersøkelse. Tabell 7 viser hvem som henviser de hese

barna til logopedene. Her ser vi at i 48,7 prosent av tilfellene er det øre-nese-halslege som henviser.

	Antall logopeder	Prosent
Øre-nese-halslege	19	48,7
Lege	4	10,3
PP-tjeneste	4	10,3
Foreldre	5	12,8
Skole/barnehage	6	15,4
Pedagogisk fagsenter	1	2,6
Total	39	100,0

Tabell 7 Oversikt over hvem som henviser til logoped

Alle syv logopedene som jobber privat har svart at det er øre-nese-halslege som henviser. I PP-tjenesten er det oftest øre-nese-halslege og skole/barnehage som henviser, mens blant andre offentlige instanser er det oftest øre-nese-halslege og PP-tjenesten som henviser.

Videre ble logopedene spurt om de henviser til øre-nese-hals undersøkelse dersom dette ikke har vært gjort. 31 logopeder (79,5 prosent) svarer at de alltid henviser. Fem logopeder (12,8 prosent) svarer at de ofte henviser, mens to logopeder (5,1 prosent) svarer at de aldri henviser. Én logoped har ikke besvart dette spørsmålet. Det er ingen klar sammenheng mellom hvor logopedene arbeider, eller hvor lenge de har arbeidet, i forhold til om de henviser til øre-nese-halsundersøkelse dersom det ikke har vært gjort. Det eneste som kan trekkes frem er at alle syv logopedene som jobber privat har svart at de alltid henviser. Dersom logopedene svarte sjelden eller aldri, ble de bedt om å begrunne dette. Det er ti logopeder som har svart på dette spørsmålet, selv om de ikke har svart sjelden eller aldri på forrige spørsmål. Jeg velger derfor kun å se på svarene til de to som svarte at de aldri henviser. Én logoped har svart at grunnen til det er at barnet da har vært undersøkt av allmennlege, mens den andre logopeden har svart at det ikke er hans eller hennes ansvar.

Siste spørsmål i fjerde del av spørreskjemaet var om logopeden sender ny henvisning til øre-nese-halslege dersom tiltak ikke fører frem. Tabellen under (tabell 8) viser hva logopedene svarte her. Det er to logopeder som ikke har svart på dette spørsmålet. Som tabellen viser er det en jevn fordeling på hva logopedene har svart på dette spørsmålet, og ingen svar som stikker seg frem. Det er heller ingen betydelige forskjeller på hvor logopeden arbeider, eller hvor mange år han eller hun har arbeidet som logoped.

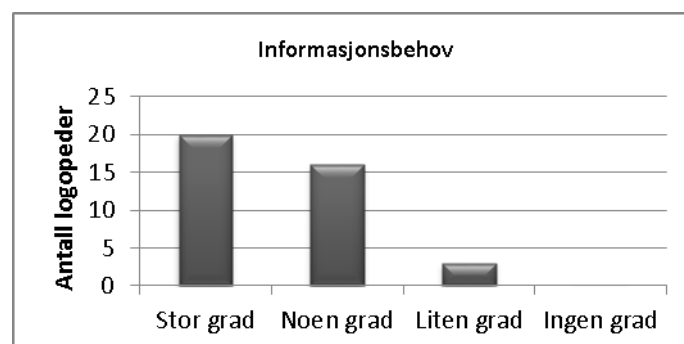
	Antall logopeder	Prosent
Alltid	9	23,1
Ofte	12	30,8
Sjelden	10	25,6
Aldri	6	15,4
Total	37	94,9
Mangler	2	5,1
Total	39	100,0

Tabell 8 Oversikt over om logopeden sender ny henvisning til ønh-lege dersom tiltak ikke fører frem

Ved hjelp av Spearman's rho ønsket jeg å finne ut om det er korrelasjon mellom de som henviser til øre-nese-halslege dersom dette ikke har vært gjort, og de som sender ny henvisning dersom tiltak ikke fører frem. Dette resultatet viser seg å være signifikant (0,003) og Spearman's rho korrelasjonen er positiv og middels sterk (0,485). Det vil si at desto oftere logopedene henviser til øre-nese-halsundersøkelse, desto oftere vil de også sende ny henvisning dersom tiltakene ikke fører frem.

6.4 Informasjon og informasjonsbehov

I den femte delen av spørreskjemaet ønsket jeg å finne ut av hva logopedene mener om informasjonsbehov til ansatte i skole og barnehage. Jeg ønsket å finne ut i hvor stor grad logopedene mener det er behov for informasjon, i hvor stor grad flere barn hadde blitt henvist, og om logopeden selv har vært ute og gitt denne informasjonen.



Figur 11 I hvilken grad logopedene mener det er behov for informasjon om barneheshet til ansatte i barnehage og skole

Som figur 11 viser, svarer 20 logopeder (51,3 prosent) at de i stor grad mener det er behov for informasjon om barneheshet til ansatte i barnehage og skole. 16 logopeder (41 prosent) svarer i noen grad, mens 3 (7,7 prosent) svarer i liten grad. Det er ingen logopeder som mener at det i ingen grad er behov for mer informasjon.

Krysstabell				
	Behov for informasjon			Total
	Stor grad	Noen grad	Liten grad	
PP-tjenesten	4 26,7 %	8 53,3 %	3 20,0 %	15 100,0 %
Andre offentlige	12 66,7 %	6 33,3 %	0 ,0 %	18 100,0 %
Total	16 48,5 %	14 42,4 %	3 9,1 %	33 100,0 %

Tabell 9 Sammenheng mellom informasjonsbehov og ansatte i PP-tjenesten og andre offentlige

I krysstabellen over (tabell 9) har jeg sett på hvordan ansatte i PP-tjenesten og andre offentlige har vurdert behovet for informasjon. Tabellen viser at de fleste som jobber i PP-tjenesten (53,3 prosent) mener det er behov for informasjon i noen grad, mens flesteparten av de som jobber i andre offentlige instanser (66,7 prosent) mener at det i stor grad er behov for informasjon til ansatte i skole og barnehage. Dette resultatet er signifikant (0,029). Når det gjelder de som jobber privat er de jevnt fordelt på stor- og noen grad, men dette resultatet er ikke signifikant.

Logopedene ble også spurt om i hvilken grad de tror flere barn hadde blitt henvist til logoped dersom ansatte i barnehage og skole hadde fått mer informasjon om barneheshet. Her svarer 21 logopeder (53,8 prosent) i noen grad, 14 logopeder (35,9 prosent) i stor grad, mens 4 logopeder (10,3 prosent) svarer i liten grad.

Til slutt i femte del ble logopedene spurt om i hvilken grad de har informert ansatte i skole og barnehage om barneheshet. De fleste logopedene har informert i noen grad, mens tre logopeder svarer at de i ingen grad har informert ansatte i skole og barnehage. Det er ingen store forskjeller på hvor logopeden arbeider eller hvor mange år de har arbeidet.

Jeg ønsket til slutt å se om det er sammenheng mellom i hvilken grad logopeden mener det er behov for informasjon, og i hvilken grad logopeden selv har vært ute og informert. Ved hjelp

av Spearman's rho ser man at det er en sammenheng, signifikantnivå på 0,025 og med en korrelasjon på 0,359. Det vil si at det er en middels sterk, positiv korrelasjon, og at i større grad logopedene mener det er behov for informasjon om barneheshet, i større grad har de selv vært ute og informert.

Siste delen i spørreskjemaet var et åpent spørsmål, og jeg vil ikke gjøre noe forsøk på å analysere disse svarene statistisk. Disse svarene vil benyttes i drøftingen, for å synliggjøre hva logopedene selv sier om temaet og hva de mener er viktig.

7 Drøfting

I dette kapitlet drøftes resultatene som beskrevet i forrige kapittel, i lys av teori og egne tanker. Jeg vil ikke drøfte alle resultatene, men trekke frem de viktigste. For å gjøre det mest mulig oversiktlig, vil resultatene drøftes i samme rekkefølge som de er presentert i forrige kapittel og i spørreskjemaet. Noen av kommentarene logopedene selv kom med i siste del av spørreskjemaet vil trekkes inn, der det passer. Først og fremst fordi en del av opplysningene der er interessante, og også for å trekke linjer til drøftingen og det teoretiske grunnlaget. Jeg har også valgt å drøfte noe om informantene som svarte at de ikke jobber eller har jobbet med barneheshet i løpet av det siste året. Grunnen til det er et ønske om å belyse hvor mange logopeder som svarte nei på dette spørsmålet, og diskutere årsaker til dette. Videre vil det drøftes valg av metode, fordeler og ulemper ved å velge denne metoden og fremgangsmåten som er valgt, og hvordan jeg eventuelt kunne fått andre svar eller flere informanter. Validitet og reliabilitet vil også drøftes.

7.1 Logopedene i undersøkelsen

Logopedene som utgjør mitt utvalg er presentert i kapittel 6.1. Da de kun utgjør 39 personer er ikke dette et stort utvalg, og resultatene er derfor presentert deskriptivt.

I resultatene og drøftingen har jeg valgt å trekke frem noen av bakgrunnsopplysningene om logopedene, for å sammenlikne disse med noen av variablene. Her er det valgt ut arbeidssted, antall år som logoped og om logopeder arbeider i by- eller landkommune. Disse faktorene var spennende å sammenlikne med noen variabler, for å finne ut om logopedene arbeider ulikt med barneheshet. Jeg ønsket å trekke frem antall år logopedene har jobbet, for å se om det var mulig å skape et bilde av om erfaring har noe å si på hvordan logopedene arbeider med barneheshet. Det er likevel viktig å ikke trekke noen konklusjoner på at det kun er erfaring som har påvirkning på hvordan logopedene arbeider med barneheshet. Det kan også komme av andre faktorer, som for eksempel at utdanningen har forandret seg, eller at det har dukket opp nye metoder å arbeide med hese barn på.

Logopedene som jobber privat er sammenliknet opp mot de som jobber offentlig, og de som jobber i PP-tjenesten opp mot andre offentlige instanser. Dette ble først og fremst gjort fordi jeg ønsket å se om det var noen forskjell i hvordan de som arbeider privat, og de som arbeider

offentlig arbeider med hese barn. Jeg hadde selv noen tanker om at dette er tilfelle, før jeg startet undersøkelsen. Forskjellene vil drøftes videre etter hvert som de nevnes i oppgaven. Etter hvert som dataene ble analysert, ble jeg også nysgjerrig på om det er forskjell innad i det offentlige, og valgte derfor å trekke ut PP-tjenesten for å sammenlikne dette. Det kunne også vært interessant å trekke ut de som arbeider på kompetansesenter, men jeg valgte å ikke gjøre det. Grunnen er at jeg mente det ville bli for mange små kategorier, som egentlig ikke er mulig å sammenlikne på bakgrunn av størrelsen på utvalget. Å skille ut kompetansesenter var noe jeg også tenkte på før innsamlingen av data startet. Da ble det vurdert å informere om at de som jobbet på kompetansesenter ikke skulle svare på undersøkelsen. Jeg hadde noen tanker om at de som arbeider på kompetansesenter, trolig ville møte flere tilfeller av barneheshet, og mest sannsynlig ha mer erfaring med dette. Det kunne igjen føre til at jeg ville få et skjevt bilde av hvordan logopeder arbeider med hese barn. Det ble likevel besluttet å ikke utelukke noen instanser. På bakgrunn av størrelsen på mitt utvalg, og at det kun er seks personer som svarer at de jobber på kompetansesenter, har jeg funnet ut at det mest sannsynlig ikke vil ha noe å si for resultatene jeg er fått. Likevel vil trolig kompetansesenter ha stor påvirkning på, og trekke opp gjennomsnittet på resultatene blant andre offentlige instanser.

7.1.1 Logopedene som ikke arbeider med hese barn

Jeg har valgt å presentere data på de logopedene som svarte at de ikke arbeider eller har arbeidet med barneheshet i løpet av det siste året. Det er viktig å få frem at over 80 prosent av alle logopedene som har svart på undersøkelsen, ikke arbeider med hese barn. Dette er et høyt tall, og jeg ønsker å drøfte hva som kan være årsak til at så mange svarer dette. For mange av de som har svart at de ikke arbeider med barneheshet er det av naturlige årsaker, som for eksempel at de er studenter, pensjonister, at de arbeider med voksne og så videre. Det er likevel et punkt som stikker seg frem og som det er verdt å drøfte nærmere. 67 logopeder svarer at grunnen til at de ikke arbeider med hese barn, er fordi de ikke har fått noen barn henvist. To av logopedene skriver i siste punkt i spørreundersøkelsen at:

Jeg har ikke fått noen barn henvist for heshet i min karriere som logoped.

Har kun hatt en henvisning – stemmeleppeknoter i løpet av 17 år.

En kan derfor spørre seg, hvorfor blir ikke barna henvist til logoped? Er det fordi det ikke finnes hese barn? Er det fordi foreldre eller ansatte i barnehage/skole ikke henviser til

logoped, eller øre-nese-halslege? Kan det være at øre-nese-halslegen ikke henviser videre til logopeden? En logoped skrev følgende i siste punkt på spørreskjemaet:

Mange synes barneheshet er «søtt». Har opplevd at flere foreldre ikke ønsker at barnet skal få behandling, fordi de synes den hese stemmen er sjarmerende. Dette er tilfeller der barnet ikke har knuter eller andre farlige tilstander, men der barnet kan være nesten uten stemme i perioder. Jeg har også lagt merke til at hese barnestemmer brukes i reklame eller som dubbing i tegnefilmer.

Utsagnet over er veldig interessant, og dersom det er mange foreldre som tenker på denne måten, kan det være en mulig forklaring til hvorfor barna ikke blir henvist til logoped. Samtidig er dette kun et utsagn fra én logoped, og det er trolig at det ikke er så mange foreldre som deler disse meningene. Selv har jeg et inntrykk av at for mange vil idealet være Sølvguttene og deres klare stemme. Også undersøkelsen av Ruscello et al. (1988) viste at barn som hadde hese stemmer ble vurdert til å ha mer negative personlighetstrekk enn barn med normal stemme, kun ut i fra stemmekvaliteten. Kan det være at foreldre vurderer den hese stemmen som søt, mens andre som ikke kjenner barnet vil ha en mer negativ reaksjon til den hese stemmen? En slik holdning vil kunne gå utover barnet, og det vil da være viktig at barnet får logopedisk hjelp, slik at hesheten kan bedres, til tross for at foreldre synes det er søtt.

Det er også to logopeder som har svart at de ikke arbeider eller har arbeidet med hese barn fordi de har for lite kompetanse til å arbeide med dette. Det er et lavt tall, men likevel noe som utpeker seg. Hva er grunnen til at de ikke har nok kompetanse til å arbeide med dette? På den ene siden så kan dette være en subjektiv mening, og at det er noe logopedene tenker om seg selv og sin egen erfaring. Som nyutdannet vil jeg tro det er mange som tenker på denne måten, generelt om logopedisk arbeid. Det er først når man begynner å jobbe at man opparbeider seg erfaring og kompetanse. Stemmemfeltet er sammensatt og vanskelig, og det kan være psykologiske faktorer som påvirker en barnestemme (Aronson & Bless, 2009; Butcher et al., 1993; McAllister et al., 2008). Det å gå inn på, og ta tak i psykiske faktorer kan virke vanskelig og skremmende for noen å jobbe med, da dette er veldig personlig. Det kan også skape noen reaksjoner og følelser hos barna man jobber med, og logopeden må føle seg trygg til å kunne stå i slike situasjoner. Logopeder kan også føle at dette er utenfor deres fagfelt, og at andre profesjoner som for eksempel psykologer bør ta seg av dette.

På en annen side kan det være noe med logopediutdanningen som gjør at logopedene går ut med lite kunnskap og kompetanse om hese barn. Ut i fra egen erfaring har jeg opplevd at det undervises lite om stemmevansker hos barn, og i løpet av tiden på logopedistudent har vi kun hatt én forelesning om dette. Det er også en av hovedgrunnene til at jeg ønsket å skrive om dette temaet, for å belyse området bedre og for å kunne tilegne meg mer kunnskap om dette. Likevel må det påpekes at vi har hatt like mye praksis innen stemmefeltet, som andre felt.

7.2 Logopedenes arbeid med hese barn

For å få svar på min problemstilling er det flere elementer som må belyses og drøftes. Blant annet hvor mange barn logopedene arbeider med, hvilken tilnærming de benytter i arbeidet, hvor mange timer de arbeider med hvert barn, og hvilke holdninger logopedene har til å arbeide med hese barn.

Det var stor spredning i svarene logopedene i min undersøkelse kom med, i forhold til hvor mange hese barn de har møtt i løpet av det siste året. Svarene varierte fra 0 til 10, med et gjennomsnitt på 2,67 barn. Det er viktig å være klar over at det kan være vanskelig for logopedene å huske eksakt antall hese barn de har jobbet med i løpet av det siste året, så tallene kan være noe upresise. Når det ble sammenliknet antall barn med privat og offentlig, viser det seg at de private har et høyere gjennomsnitt. Det kan være ulike grunner til dette. På den ene siden har trolig de private mer rom for å velge hvilke barn de vil jobbe med, og de vil også mest sannsynlig ha kapasitet til å arbeide med flere barn. Er det sann at de private logopedene «melker kua» lengst mulig, med tanke på det økonomiske aspektet? Et annet spørsmål er om øre-nese-halsleger heller henviser til private for å slippe å havne inn i den offentlige «mølla»? Det kan tenkes at det er vanlig for øre-nese-halslegene å skaffe seg faste kontakter blant private logopeder, og derfor velger de å henvise direkte dit.

På en annen side kan det rett og slett kun gjelde for min undersøkelse, og at bildet blir så skjeft på grunn av at antall som arbeider privat er mye lavere enn de som arbeider offentlig. Likevel er dette resultatet signifikant, og man kan derfor anta at man kan se en tendens til dette også blant andre logopeder som arbeider privat, men som ikke har deltatt i min undersøkelse. Det vil også være forskjell i ulike kommuner, i forhold til hvilken instans som har ulike arbeidsoppgaver og hvilke lovverk logopedene forholder seg til. Dersom PP-

tjenesten ikke kan gi et tilbud om kommunal logoped til barna, har de rett på privat logoped (HELFO, 2011). En av logopedene skrev:

I vår kommune er det private logopeder som arbeider med barneheshet. Dersom vi får barn med stemmeproblematikk henvist til PPT, henviser vi dem alltid videre til privat logoped. Grunnen til det, er at behandling av heshet ikke kommer inn under Opplæringsloven og defineres som spesialundervisning. Behandlingen kan dekkes av Nav, og kommer inn under Folketrygdloven. Hos oss er det private logopeder som tar alt som har med Folketrygdloven å gjøre...

Når det ble sammenliknet antall tilfeller med PP-tjenesten og andre offentlige var det også her forskjell i gjennomsnittlig antall barn. PP-tjenesten har et lavere gjennomsnitt enn andre offentlige. En kan tenke seg at de som arbeider på kompetansesenter muligens vil trekke opp dette gjennomsnittet, og at det kan være fordeling av arbeidsoppgaver slik som logopeden uttaler seg, i utsagnet over. Dersom PP-tjenesten ikke har kapasitet eller tilstrekkelig kompetanse til å arbeide med området, har de mulighet til å henvise til kompetansesenter, eller barnet kan få henvisning til privat logoped gjennom sin lege (HELFO, 2011; Statped, 2011).

Jeg ønsket også å se på sammenhengen mellom antall tilfeller, og om logopeden arbeider i by- eller landkommune. Her viser resultatene at gjennomsnittlig antall barn er høyere blant de som arbeider i byen, enn de som arbeider på landet. Dette er et interessant resultat, og det er samme resultat de har fått i forskning som er gjort i Sverige (Sederholm, 1995, 1996b; Sederholm et al., 1993). Det kan se ut til at forekomsten av heshet hos barn er høyere i byer og tett befolkede steder, enn på landet. Støy og forurensning kan være to faktorer som påvirker dette, og dette er forenelig med det Tveitnes (2004) sier, om hvordan blant annet røyk og forurensning kan gjøre slimhinnene tørre og irriterte. Dette kan igjen føre til ødematøse stemmebånd, eventuelle knuter og heshet. Dette resultatet var også signifikant, og man kan derfor tenke at dette også kan være en tendens blant andre logopeder. Likevel kan det være andre årsaker til at gjennomsnitt antall hese barn blir høyere hos de som arbeider i bykommuner, i forhold til de som arbeider i landkommuner. Tid og ressurser kan spille en rolle i forhold til hvor mange hese barn logopedene arbeider med.

Spørsmålet om hvilken tilnærming logopedene benytter oftest i arbeidet med hese barn har vist at flertallet av logopedene i min undersøkelse velger en kombinasjon av indirekte og

direkte arbeid. Ut i fra mine tanker før starten på dette prosjektet, tenkte jeg at det mest sannsynlig var flest logopeder som arbeidet indirekte med barneheshet, og at det ikke var så vanlig med direkte øvelser. Dette synet har endret seg når jeg har lest mer teori og empiri i forhold til barneheshet. I min undersøkelse er det fire av de ni som svarte at de benytter en indirekte tilnærming, som har jobbet som logoped i 0-5 år. Erfaring vil derfor trolig spille en rolle i hvordan logopedene arbeider. Selv om disse tallene er svært lave, kan jeg igjen trekke noen linjer til egen utdanning. Som nevnt over har fokuset på hese barn vært lite på utdanningen, og dersom jeg tenker fremover til min første jobb som logoped, kan det fort tenkes at det er tryggest å starte med en indirekte tilnærming i møte med hese barn. Da vil rådgivning til foreldre og andre i miljøet rundt barnet være viktig, og å informere om god stemmehygiene og liknende (Hunt & Slater, 2003). På den måten må man ikke forholde seg direkte til barnet i så stor grad, og jobbe med stemmeøvelser. Stemmeøvelser krever litt trening, og det vil trolig være tryggere for noen å heller gi råd til barna og/eller foreldrene. På en annen side, kan det være nyutdannede som synes det er lettere å jobbe direkte med barn, og at det kanskje kan virke vanskeligere å skulle komme med råd til foreldre og andre i miljøet rundt barnet. Grunnen kan blant annet være at det er vanskelig å skulle gi råd til en som er eldre, og har mer livserfaring enn seg selv. Det kan også føles vanskelig å skulle gi råd til foreldre om deres barn, som de vil kjenne best, og at man derfor kan føle at man trenger seg inn i en privat sone.

I forhold til hvilken tilnærming logopedene benytter oftest, var det tre grunner som utpekte seg. Det var «barnet er for ungt til å ta ansvar selv», «familiekultur – hele familien trenger rådgivning og/eller tiltak» og «årsak til hesheten er avgjørende for hvilken tilnærming jeg velger». Barnets alder er en viktig faktor blant logopedene. Det vil være avgjørende for om logopeden kan arbeide direkte med barnet eller ikke. Man må ta hensyn til barnets utviklingsmessige- og kognitive modenhet. Dette er forenelig med det Andrews og Summers (2001) sier; i noen tilfeller kan et barn på tre år være modent til å forstå og uttrykke fysiske og emosjonelle følelser, og det kan derfor være mulig å snakke om stemmen gjennom for eksempel tegninger og oppgaver. For andre barn, som selv ikke er klar over sin egen stemmeatferd, kan dette være uhensiktsmessig bruk av tid, og det vil være like nyttig å gi råd til foreldre og andre i miljøet rundt barnet. Det er viktig å tenke på at det er endring av atferd som gjør at for eksempel knuter blir borte. En av logopedene skrev på spørreskjemaet at:

(...) Min erfaring er at barn fra seks år og oppover er lettere å jobbe med enn de som er yngre enn det. (...)

Mens en annen logoped skriver at hun kun jobber med førskolebarn (under seks år), og sier videre at:

(...) Jeg jobber direkte med barnet og veileder barnehagen om barneheshet der hvor dette er tilfelle (...)

Motivasjon hos barnet vil også være et viktig tema. Iwarsson (2008) skriver at dersom barnet ikke er motivert, kan det være vanskelig å arbeide med stemmeøvelser og liknende. Dette henger også sammen med om barnet har en forståelse av hesheten, og at dette kan skape vansker i for eksempel kommunikasjon. En av logopedene nevnte dette med motivasjon og skrev følgende:

En viktig faktor er barnets alder, modenhet og motivasjon (eller mulighet til å bygge motivasjon) for å kunne arbeide med stemmevansken. Som oftest er det snakk om for hard bruk, feil bruk, for mye bruk og dette vil barna kunne forstå gjennom rådgivning og dialog med barnet og foreldrene (...).

Mange av logopedene i undersøkelsen svarer at familiekultur er en viktig faktor i valg av tilnærming. Miljømessige forhold kan være en risikofaktor for at barn blir hese. I noen familier er det et høyt støy- og aktivitetsnivå. Her kan det være like nyttig med rådgivning til foreldre om god stemmebruk, da foreldre er rollemodeller for barna (Hunt & Slater, 2003). Logopeden kan gi råd om å for eksempel ha avtaler om å snakke på tur rundt middagsbordet hvor alle får mulighet til å fortelle om dagen sin. Familien kan også få råd om å forsøke å hindre roping i huset, ved at man går til hverandre for å snakke sammen. Som tidligere nevnt gjorde Nienkerke-Springer et al. (2005) en undersøkelse der de så på effekten av familieterapi på barn med stemmevansker. Undersøkelsen viste at stemmekvaliteten hos barna var forbedret etter familieterapien. Resultatene viste også at terapien hadde positiv effekt på hele familien, i forhold til forbedret forhold mellom familiemedlemmene, konflikthåndtering og andre kommunikasjonsaspekter. Det kan også være vanskelig for et barn å plutselig skulle endre atferd, og eventuelt personlighet. Særlig i tilfeller der barnet ikke er klar over negativ atferd. Da vil familien og de som er rundt barnet daglig, være viktige støttespillere. Flere av

logopedene i min undersøkelse har nevnt familie og hjemmemiljø som viktig, og to av logopedene skriver:

Ofte er det spørsmål om stemmebruksvaner i hjemmet, hvordan stemmen brukes (eks. mye roping)(...).

Det å endre stemmeatferd er vanskelig for barn. Må ha med omgivelsene i bevisstgjøringsprosessen. Må gjøre det lettfattelig og tenke praktisk.

På en annen side kan det i noen tilfeller være vanskelig å blande seg inn i hverdagen til en hel familie. For noen kan det kjennes ubehagelig å kartlegge familiens vaner, og man kan føle at man trenger seg på privatlivet. Da er det viktig med rådgivning. Du som logoped må gå frem på en måte som hjelper foreldrene til å forstå at de kan bidra til å hjelpe familien og det hese barnet. Johannessen et al. (2001) skriver blant annet at man kan se på rådgivning som et arbeid der rådgiver, i denne sammenheng logopeden, skal hjelpe radsøkeren til å kunne hjelpe seg selv. Det kan være nyttig å jobbe med å få familien og barnet på ditt lag, og gjøre samarbeidet til noe positivt.

I noen tilfeller vil det også være nødvendig at barna tas ut av fritidsaktiviteter og liknende som kan være belastende for stemmen, særlig ved stemmebåndsknuter (Hunt & Slater, 2003). Dersom ikke foreldrene følger opp dette, vil det mest sannsynlig være vanskelig å bli kvitt hesheten. Ved direkte behandling kan logopeden arbeide med stemmeøvelser og bevisstgjøring på at stemmen krever hvile, og etter timen drar barnet på fotballtrening og roper mye. Da vil timen med logopeden være mer eller mindre bortkastet. Det viser at det er viktig med informasjon til foreldrene, slik at de forstår hva som bidrar til å opprettholde hesheten, og hva som bidrar til at barnet blir mindre hest.

Det siste punktet logopedene har trukket frem er «årsak til hesheten er avgjørende for hvilken tilnærming jeg velger». Andrews og Summers (2001) deler inn årsaker i seks kategorier. Dette er *medfødt, traumatisk, inflammatoriske sykdommer, allergi, neoplastisk eller ny vekst og psykosomatisk*. Disse årsakene er ganske ulike, og må derfor møtes på ulik måte. Jeg tenker at det viktigste logopedene gjør før de starter arbeidet, er å kartlegge årsak til hesheten. Da er det igjen viktig at det foreligger dokumentasjon fra øre-nese-halslege. Det er disse legene som har riktig og nødvendig utstyr for å kunne undersøke forholdene i larynks (Hammarberg et al., 2008). Når logopedene vet hva som er årsaken til hesheten, kan de

begynne å arbeide med barnet og/eller familien, og tilpasse behandlingen ut i fra årsak. Det er derimot viktig å være klar over at det kan være diagnoser som logopeden ikke har kompetanse til å arbeide med, og at dette kan være noe som må behandles medisinsk.

I noen tilfeller kan årsak av ulike grunner være ukjent. Det kan være ulike grunner til det. På den ene siden kan det være at øre-nese-halsundersøkelsen ikke avdekker noen unormale forhold i larynks, eller på stemmebåndene (Sapienza & Ruddy, 2009). Da er det enda viktigere at logopeden samarbeider med familien, for å få tak i historien til barnet, og avdekke ulike risikofaktorer som kan føre til heshet. På den andre siden kan årsak være ukjent fordi barnet ikke har vært undersøkt av øre-nese-halslege, eller at det ikke foreligger noen sykdomshistorie og liknende fra allmennlege eller foreldre. Logopeden kan ikke begynne eventuell behandling før riktig diagnose er stilt (Hammarberg et al., 2008).

I min undersøkelse ble det undersøkt hvor mange timer logopedene arbeider i gjennomsnitt med hvert hese barn i løpet av en måned. Resultatene viser at det er stor spredning i antall timer fra 0 til 12 timer. Gjennomsnittet er på 3,03 timer. På samme måte som ved antall barn, ser vi her at logopedene som arbeider privat har et høyere gjennomsnitt enn de som arbeider offentlig, og at PP-tjenesten har lavest gjennomsnitt. Dette kan mest sannsynlig forklares på samme måte som ved antall tilfeller logopedene arbeider med, med tanke på lovverk, og retningslinjer de må forholde seg til. På en annen side er ikke dette resultatet signifikant, og det kan derfor være helt tilfeldig i denne undersøkelsen. Det kan også se ut til at logopedene vurderer intense perioder med trening, og så en pause. En av logopedene skrev:

Det er lurt å ha intensive perioder med trening- deretter opphold. Ingen vits i å holde på i årevis/månedsvis – finner fort ut hva som trengs

Dersom det er flere logopeder som er enig i denne påstanden, kan det være grunnen til at de ikke har så mange timer i gjennomsnitt. De kan muligens ha mange timer en måned, og så kanskje ikke ha noen i det hele tatt på en stund. Det kan også tenkes at hvilken tilnærming logopedene benytter vil ha påvirkning på hvor mange timer de arbeider med barna. En logoped som velger en direkte til nærming vil mest sannsynlig bruke flere timer gjennomsnittlig per måned, enn logopedene som kun gir rådgivning til foreldre og andre rundt barnet, og som mest sannsynlig vil sette av færre timer. Grunnen til det er at det vil ta lengre tid med stemmeøvelser og liknende, og logopeden vil trolig møte barnet flere ganger ved direkte arbeid. Ved indirekte arbeid vil det mest sannsynlig være færre og sjeldnere møter

med foreldrene og eventuelt barna. Det kan også ha sammenheng med hvor gamle barna er, i forhold til hvor mange timer det er hensiktsmessig å arbeide. Hunt og Slater (2003) anbefaler å ikke arbeide mer enn 20-30 minutter hos barn under syv år, og ikke over 45 minutter med de eldre barna. Dersom logopedene følger omtrent samme retningslinjer, vil dette ha utslag i gjennomsnittlig antall timer per måned, og det vil variere veldig fra tilfelle til tilfelle.

I starten av dette prosjektet var jeg nysgjerrig på hvilke holdninger logopeder i Norge har til barneheshet. Er det noe de vurderer som ikke relevant å arbeide med, eller mener de at logopedisk arbeid er nyttig? Resultatene fra undersøkelsen viser at flesteparten av logopedene (71,8 prosent) har krysset av på at de mener logopedisk arbeid er nyttig. Det er også mange som svarer at logopedisk oppfølging kun lykkes dersom familien støtter opp, og at årsak til hesheten er avgjørende for om logopeden lykkes i sitt arbeid. Det er et positivt resultat at så mange logopeder svarer at de mener logopedisk arbeid er nyttig, og det er ingen logopeder som svarer at logopedisk oppfølging ikke er nyttig. Det er én logoped som har svart at han eller hun helst avventer situasjonen og ser om hesheten går over. Dette kan være skummelt ved at heshet har så mange differensialdiagnoser, og at det for eksempel kan være papillomer som i verste fall kan skape pustebesvær. Det er viktig å uansett sende barnet til en øre-nese-halsundersøkelse for å utelukke farlige diagnoser og/eller tilstander. Det kan tyde på at de fleste logopedene i undersøkelsen i hvert fall setter i gang kartlegging og tiltak, i stedet for å ha en «vente og se» holdning. Det kan være at logopeden som har svart at han eller hun helst avventer situasjonen, kartlegger barnet og hesheten, men venter med selve behandlingen ut i fra hva undersøkelser og kartleggingen viser.

7.3 Henvisning

Fjerde del av spørreundersøkelsen tar for seg henvisning. Jeg ønsket å finne ut hvem som henviser de hese barna til logopedene, og hvilke rutiner logopedene har i forhold til henvisning til øre-nese-halsundersøkelse.

Som resultatene viste er det oftest øre-nese-halslege som henviser barna til logopeden. Viktigheten av en slik undersøkelse er nevnt flere ganger, og det er et positivt funn at mange av barna først er til undersøkelse for å sjekke forholdene i larynks. Spørsmålet videre blir om logopedene henviser til øre-nese-halslege dersom dette ikke har vært gjort. I min undersøkelse svarte 36 av 39 logopeder at de alltid eller ofte henviser dersom dette ikke har vært gjort. Men

hva med de to logopedene som svarer at de aldri henviser? En av disse svarer at han eller hun aldri henviser fordi barnet har vært undersøkt av allmennlege. Dersom allmennlegen har riktig utstyr og kompetanse til å gjennomføre en undersøkelse av larynks, vil det være helt greit og like bra som en øre-nese-halslege (Hammarberg et al., 2008). Det er likevel lite trolig at mange allmennleger har riktig utstyr, da dette utstyret er dyrt. Spørsmålet er derfor om dette kun gjelder i tilfeller der allmennlegen har denne kunnskap og utstyr, eller om det gjelder alle tilfeller der allmennlege har vært inne i bildet. Og hva med de tilfellene der ikke allmennlege har undersøkt barnet? Vil denne logopeden fortsatt svare at han eller hun aldri henviser til øre-nese-halslege? Den andre logopeden som svarer at han eller hun aldri henviser, svarer at det er fordi det ikke er hans eller hennes ansvar. I utgangspunktet mener jeg at dette er et overraskende utsagn, og tenker at dette er en logoped som fraskriver seg ansvar. Betyr det at han eller hun ikke tar feltet på alvor? Likevel gir ikke denne undersøkelsen noe rom for å få utdypet svarene logopedene gir. Det kan være at logopeden har misforstått spørsmålet, eller tenker at det må være foreldre eller andre rundt barnet som har ansvaret. Det kan også være at han eller hun informerer foreldre om at de må henvise selv, før arbeidet kan settes i gang, men at dette ikke er noe logopedene kan gjøre uten foreldrenes samtykke. I tillegg gjelder dette kun én logoped, og det er ikke noe som ser ut til å gjelde logopeder generelt. Jeg ønsker likevel å trekke det frem, for å vise at det også finnes logopeder som ikke henviser til øre-nese-halsundersøkelse. Her hadde det trolig vært bedre om dette ble formulert som et åpent spørsmål i undersøkelsen, slik at logopedene kunne forklare med egen ord hvorfor de sjelden eller aldri henviser.

I min undersøkelse kom det også frem at alle logopedene som jobber privat svarer at de alltid henviser. Det er sammenheng mellom henvisning fra lege og antall timer barnet får hos privat logoped (HELFO, 2011). Det er da naturlig å anta at det er et tett samarbeid mellom private logopeder og leger/øre-nese-halsleger. Grunnen til det, kan være som tidligere nevnt, at øre-nese-halsleger heller henviser til private for å slippe å havne inn i den offentlige «mølla», og at de har skaffet seg faste kontakter blant private logopeder.

Det er også et spørsmål om logopedene sender ny henvisning til øre-nese-halslege dersom tiltakene ikke fører frem. Ved sammenlikning av det å henvise til øre-nese-halslege dersom dette ikke har vært gjort, og sende ny henvisning dersom tiltakene ikke fører frem, viser dette resultatet seg å være signifikant, og det er en positiv, middels sterk korrelasjon mellom disse variablene. Tendensen viser seg derfor å være at desto oftere logopedene sender henvisning til

øre-nese-halsundersøkelse dersom dette ikke har vært gjort, desto oftere sender de ny henvisning dersom tiltakene ikke fører frem. Jeg tenker at dette er en positiv tendens, og det kan tyde på at logopedene er klar over viktigheten av en god øre-nese-halsundersøkelse. Det finnes mange årsaker til at barn blir hese, og det kan derfor være vanskelig å stille riktig diagnose. På bakgrunn av dette, kan det være viktig med en ny sjekk av forholdene i larynks. Det kan være organiske forandringer som har oppstått i strupen og på stemmebåndene etter forrige undersøkelse, eller det kan hende den første undersøkelsen ikke ga gode nok bilder til å kunne avdekke eventuelle organiske forandringer.

Hva med de som sjelden eller aldri henviser til øre-nese-halslege? Igjen dreier det seg om få personer i min undersøkelse, og trolig vil det også gjelde få logopeder i populasjonen. Samtidig kan det være individuelt hvem som mener det er behov for ny henvisning dersom tiltak ikke fører frem, og det kan ha sammenheng med hvilken diagnose barnet har fått. Resultatene viser en større spredning i svarene på dette spørsmålet, og det er flere som svarer sjelden eller aldri på dette spørsmålet. Det kan tyde på at de fleste logopedene mener det er viktig å sende henvisning dersom det ikke er gjort, men det er færre som mener det er behov for ny henvisning dersom tiltak ikke fører frem.

7.4 Informasjon og informasjonsbehov

I den femte delen av spørreskjemaet ønsket jeg å finne ut om logopedene mener det er behov for informasjon om barneheshet til ansatte i barnehage og skole, om flere barn hadde blitt henvist til logoped dersom de hadde fått mer informasjon, og om logopedene selv har vært ute og gitt denne informasjonen. 36 av 39 logopeder svarer at det i stor eller noen grad er behov for slik informasjon. En av logopedene skriver:

Som logoped er det vi som må gi de som jobber med barn til daglig den informasjonen de trenger for å identifisere og henvise barn videre på grunn av heshet. Kunnskapen omkring dette er dessverre ganske lav blant mange som har sitt daglige virke i barnehage og skole, eller andre steder hvor de omgås barn.

Dette kan tyde på at logopedene mener det er lite kunnskap om barneheshet blant ansatte i barnehage og skole. Kan dette være noe av grunnen til at 67 av 198 logopeder, som ikke arbeider eller har arbeidet med hese barn i løpet av det siste året, svarer at de ikke har fått noen barn henvist? Hadde de fått flere barn henvist dersom barnehage- og skoleansatte hadde

mer kunnskap om barneheshet? På den ene siden kan man tenke at dette er tilfelle, og at mye av grunnen til at så få barn blir henvist til logoped, er fordi de som arbeider rundt barna hver dag ikke er klar over at dette er et problem, eller at de ikke vet hva de skal gjøre videre. På en annen side kan det være et snevert syn å tenke at dette er grunnen til at så mange logopeder opplever at de ikke får noen barn henvist. Det vil ikke alltid være barnehage eller skole som henviser, det kan også være foreldre, lege/øre-nese-halslege eller andre. Det kan også være noen som mener at antall kronisk hese barn ikke er så høyt. En av logopedene i min undersøkelse skriver:

Tror fenomenet med barneheshet er mindre nå enn tidligere. Barn er «inneaktive». De roper ikke så mye som tidligere, gjerne ute i kulden. Bygningene er nå bedre akustisk (...).

Likevel viser forskning som ble gjort i Sverige blant 205 barn, at forekomsten av kronisk heshet var på 6 prosent (Sederholm, 1995). Dersom dette tallet også gjelder i Norge, vil det utgjøre mange barn. Undersøkelsen som ble gjort i Norge av Hansen og Trolle-Offergaard (1982) viser en høyere prosent, nemlig 67,4 prosent. Dette gjaldt ikke kun hese stemmer, men også andre dårlige stemmekvaliteter. Dette tyder på at antall hese barn er høyt også i Norge, og at det er behov for informasjon og henvisninger til logoped.

Resultatene viser at det er en korrelasjon mellom spørsmålet om logopedene mener det er behov for informasjon om barneheshet, og spørsmålet om logopedene selv har vært ute og informert. Denne korrelasjonen er middels sterk og viser at i større grad logopedene mener det er behov for informasjon til ansatte i barnehage og skole, i større grad har de vært ute og informert. Noen logopeder har også trukket frem forebyggende arbeid som viktig og skriver;

Som skolelogoped er det viktig å samarbeide med kontaktlærer og faglærere når det gjelder stemmebruk i klassene. Det er viktig med forebyggende arbeid (...).

Jeg tror at forebygging er av stor viktighet, ofte har jeg observert heshet hos barn som er svært aktive og som roper mye. Dette kan være lett å ta tak i på et tidlig stadium dersom barnehage/helsestasjon har nødvendig kunnskap. Arbeid med å bevisstgjøre barn og foreldre på stemmebruk er det som oftest fører frem (mener jeg), svært nødvendig at foreldrene er med i prosessen.

En kan også stille spørsmålet om hvem som har ansvaret for at denne informasjonen kommer ut. Er det kun logopedene, eller har også andre et ansvar. Det kan være et behov for å utarbeide for eksempel brosjyrer og liknende, men hvem skal gjøre dette og hvor skal de deles ut? Her kan det være aktuelt med tverrfaglig samarbeid, særlig blant leger/øre-nese-halsleger og logopeder. Det kan også være aktuelt med samarbeid med helsestasjoner, da mange barn undersøkes der. Da vil foreldre kunne få informasjon om heshet, og muligheten for henvisning til øre-nese-halslege og logoped.

7.5 Drøfting av metode

Jeg var tidlig innstilt på å benytte kvantitativ metode, for å samle informasjon fra så mange logopeder som mulig. Denne metoden har vært interessant å jobbe med, særlig det å analysere dataene statistisk. Likevel har jeg underveis i oppgaven sett at det er noen elementer som kunne vært interessant å se nærmere på, i form av en kvalitativ metode, og intervju med noen logopeder. Blant annet om det er noe særlig fokus på hese barn blant logopeder generelt, eller om dette er et felt som ikke er et stort problem, og som mange velger å ikke arbeide med. Det kunne også vært interessant å intervju logopeder i forhold til å få utfyllende informasjon om hvordan de arbeider med hese barn. I forhold til spørreskjemaet har logopedene kun hatt lukkede svaralternativer, og i et intervju ville de trolig gitt andre svar. Jeg kunne valgt å ha flere åpne spørsmål i spørreskjemaet mitt, og fått mer utfyllende svar, men dette hadde blitt vanskelig å analysere statistisk.

I forhold til størrelsen på populasjonen er jeg fornøyd med antall e-postadresser som ble tilsendt fra Norsk logopedlag. De regionslagslederne som ikke svarte på e-post, fikk en ny forespørsel, som resulterte i noen flere lister med e-postadresser. Jeg kunne kanskje fått ennå flere dersom jeg hadde sendt ny påminnelse, men ønsket ikke å være påtrengende. I forhold til utvalget, fikk alle logopedene som ikke svarte på spørreundersøkelsen, en påminnelse. Her kunne jeg kanskje også ha fått noen flere svar hvis det ble sendt en påminnelse til, men også her følte jeg at det ville bli masete og dermed kanskje ha motsatt effekt. Mine spørreskjemaer ble i tillegg sendt ut i vinterferien, og dette kan ha påvirket svarprosenten, da mange logopeder er på ferie og spørreskjemaet ble trolig sendt til mange jobbadresser. Selv om logopedene vil kunne se e-posten når de er tilbake fra ferie, kan det tenkes at den forsvinner inn i mengden med henvendelser som er kommet, og dermed ikke blir prioritert. Jeg kunne ventet til etter ferien før jeg sendte ut spørreskjemaene, og da muligens fått noen flere svar.

Jeg har også valgt å henvende meg til en gruppe som er snever, og jeg kan derfor ikke forvente å få veldig mange svar. Likevel er jeg fornøyd med 237 svar, selv om det dessverre kun er 39 (16,5 prosent) av disse som utgjør mine informanter.

7.5.1 Validitet

Som presentert tidligere vil jeg se på indre validitet, begrepsvaliditet og ytre validitet i forhold til min oppgave.

Indre validitet

Indre validitet handler om å se på årsaksforhold mellom ulike variabler. Da jeg har et ikke-eksperimentelt design, har jeg ikke manipulert variabler, eller sett på årsaksforhold. Det er derfor ikke aktuelt å se på den indre validiteten i min oppgave. I noen tilfeller kan forskeren vurdere å komme med tolkninger av årsaksforhold, selv om det benyttes et ikke-eksperimentelt design (Kleven, 2002a, 2002b). Dette ikke er hensiktsmessig i denne oppgaven, da den tar for seg statistiske sammenhenger, ikke årsaksforhold.

Begrepsvaliditet

Ved begrepsvaliditet ser man på hvorvidt instrumentet som er konstruert for undersøkelsen, måler det det er ment å gjøre, og om man måler de relevante begrepene i forskningsproblemet (Lund, 2002; Vedeler, 2000). For min undersøkelse vil dette si om mitt spørreskjema er konstruert slik at jeg får svar på det det spørres om, om jeg får svar på mine forskningsspørsmål og min problemstilling.

Jeg har flere ganger i oppgaven vært inne på dette med åpne og lukkede spørsmål, og om jeg kunne fått andre, og mer utfyllende svar dersom jeg hadde hatt flere åpne spørsmål. Særlig spørsmålene; «Hva er grunnen til at du oftest benytter deg av denne tilnærmingen?» og «Hva er dine holdninger til logopedens arbeid med barneheshet?». Begge spørsmålene går på logopedens personlige mening, og det kan være en trussel mot validiteten ved at logopedene ikke selv har fått uttrykke sin egen mening. Jeg har bestemt svaralternativene, og kan derfor risikere at logopedene ikke føler at alternativene passer for dem, men at de må velge de svarene som er nærmest. På det ene av de to spørsmålene har logopedene fått mulighet til å krysse av på «ingen av alternativene passer». Én av logopedene har kryssset av på dette. I

ettertid ser jeg at jeg også burde hatt dette svaralternativet på det andre spørsmålet som går på logopedens personlige mening, for å hindre at jeg ikke fikk et svar som logopeden trolig ikke ville svart hvis hun eller han hadde andre alternativer. Dette kan være en trussel for begrepsvaliditeten.

Ytre validitet

Som nevnt i redegjørelsen handler ytre validitet om hvorvidt resultatene kan generaliseres, om resultatene kan overføres til andre relevante personer, situasjoner, steder eller tider. Trusler mot dette kan blant annet være et for lite eller ikke representativt utvalg (Vedeler, 2000). Helt fra starten på denne undersøkelsen har jeg innsett at resultatene mest sannsynlig ikke vil kunne generaliseres. Dette har derfor ført til at jeg har valgt relativt enkle statistiske analyser, og kun vurdert at svarene gjelder for denne undersøkelsen. Likevel er det nevnt i resultatene og drøftingen dersom jeg har funnet noen resultater som er signifikante. Mitt utvalg ble på 39 logopeder, kun 16,5 prosent av alle som svarte på spørreundersøkelsen, og dermed for lite til å kunne generaliseres til populasjonen. Jeg kan derfor si at min oppgave har svak ytre validitet.

7.5.2 Reliabilitet

Reliabilitet dreier seg om dataenes pålitelighet, og om en annen forsker ville fått samme resultater dersom han eller hun hadde benyttet samme spørreskjema og innsamlingsmetode. I redegjørelsen er det nevnt tre viktige aspekt ved reliabilitet; stabilitet, ekvivalens og observatør/vurderer (Kleven, 2002d). Som nevnt i redegjørelsen av metode handler stabilitet om hvorvidt resultatet er avhengig av informantenes dagsform og liknende. I forhold til min oppgave, tenker jeg at spørsmålene som stilles i spørreundersøkelsen ikke stiller store krav til informantenes dagsform, når på dagen de ser på skjemaet og slike ting. Det tester blant annet ikke logopedenes kunnskap, men spør om deres erfaringer i forhold til arbeid med hese barn. Jeg tror derfor at jeg ikke hadde fått noen andre svar dersom spørreskjemaet ble fylt ut på et bestemt tidspunkt.

Ekvivalens handler om måten man stiller spørsmålene på, og om ulike måter å stille spørsmålene på, vil påvirke resultatet. Jeg tenker at dette dreier seg om åpne og lukkede spørsmål i min oppgave. Ved åpne spørsmål ville jeg trolig fått flere ulike svar. Samtidig har alle logopedene fått de samme spørsmålene, noe som styrker reliabiliteten. Ved åpne spørsmål

ville det vært mer variasjon i svarene, noe som kunne endret seg dersom en annen forsker hadde gjennomført samme studie på et annet tidspunkt.

Det siste punktet, observatør/vurderer, handler om hvorvidt resultatet er avhengig av dem som ser, tolker og vurderer dataene. I min oppgave er tallene lagt inn i SPSS, og analysert i dette programmet. Resultatene har derfor ikke blitt påvirket av meg som person eller min tolkning. På siste punkt i spørreskjemaene fikk logopedene mulighet til å utdype i forhold til tanker og erfaringer de har gjort seg opp underveis i undersøkelsen. Noen av disse sitatene har jeg presentert i oppgaven, og drøftet rundt. En kan da stille spørsmålet om jeg har tolket disse utsagnene slik at de passer inn i min kontekst, eller om jeg kun har presentert det logopedene har sagt? Ved å benytte disse utsagnene der jeg selv mener de passer, kan være en trussel for reliabiliteten. En annen forsker kunne fått de samme svarene, men tolket og brukt disse annerledes.

8 Avslutning

Denne oppgaven har tatt for seg logopeders arbeid med barneheshet. I oppgaven er det først redegjort for teori om stemmen, stemmevansker hos barn og logopedens arbeid med barneheshet. Det var et bevisst valgt å ha fokus på teori om strupen, stemmen, stemmevansker og ulike diagnoser som kan føre til heshet, da dette danner et teoretisk grunnlag for å forstå hvordan heshet oppstår. Jeg har også valgt å ikke gå inn på, og forklare konkrete øvelser logopeden kan gjøre med hese barn. Jeg har heller valgt å presentere indirekte og direkte arbeid mer generelt, fordi det er fokuset i min spørreundersøkelse. Videre er det redegjort for metode og resultatene fra min spørreundersøkelse er presentert. Til slutt er resultatene drøftet i lys av teori, og mine tanker og vurderinger.

Denne oppgaven har forsøkt å besvare problemstillingen; **“Hvordan arbeider logopeder med hese barn?”**. Ved hjelp av spørreskjema har logopeder svart på ulike spørsmål som omhandler dette temaet. Problemstillingen og spørreskjemaet ble konstruert ut i fra tre forskningsspørsmål, og jeg vil oppsummere oppgaven ved å forsøke å svare på disse.

Første forskningsspørsmål var; «Arbeider logopeder indirekte eller direkte med barneheshet?», og dette ble operasjonalisert til å gjelde ulike spørsmål rundt hvordan logopedene arbeider med hese barn. Resultatene viser at de fleste logopedene i undersøkelsen velger en kombinasjon av indirekte og direkte arbeid, og at det er særlig tre aspekter som er viktige i forhold til dette valget. Det er «barnet er for ungt til å ta ansvar selv», «familiekultur – hele familien trenger rådgivning og/eller tiltak» og «årsak til hesheten er avgjørende for hvilken tilnærming jeg velger». Logopedene har i gjennomsnitt arbeidet med 2,67 hese barn i løpet av det siste året, og gjennomsnittlig antall barn er høyere hos de som arbeider privat enn de som arbeider offentlig. Resultatene viser også at det er høyere gjennomsnitt av antall barn blant logopedene som arbeider i en bykommune, kontra de som arbeider i en landkommune. Logopedene arbeider i gjennomsnitt 3,03 timer med hvert hese barn i løpet av en måned, og de fleste logopedene svarer at barna i «noen grad» blir mindre hese som følge av arbeidet logopeden gjør. De fleste logopedene svarer at det er de som bestemmer timeantallet, og at timeantallet alltid er mulig å forlenge. Arbeidet avsluttes oftest når logopeden vurderer at det ikke lenger er hensiktsmessig å fortsette arbeidet. De fleste logopedene mener logopedisk arbeid med barneheshet er nyttig. Ellers er de opptatt av samarbeid med familien og at årsak har mye å si for arbeidet.

Det andre forskningsspørsmålet var; «Hvordan blir barna henvist til logoped?». Dette spørsmålet ble operasjonalisert til å gjelde ulike spørsmål rundt henvisning. Resultatene fra undersøkelsen viser at de fleste logopedene svarer at det oftest er øre-nese-halslege som henviser barna. Videre svarer de fleste logopedene at de alltid henviser til øre-nese-halslege dersom dette ikke har vært gjort, mens de «ofte» eller «sjelden» sender ny henvisning dersom tiltak ikke fører frem.

Tredje forskningsspørsmål; «Er det nok informasjon om barneheshet blant barnehage- og skoleansatte?» ble operasjonalisert til spørsmål om informasjon og informasjonsbehov. Her viser resultatene at de fleste logopedene mener det i stor grad er behov for informasjon om barneheshet til ansatte i barnehage og skole, mens de i noen grad tror at flere barn hadde blitt henvist til logoped dersom ansatte i skole og barnehage hadde fått denne informasjonen. De fleste logopedene har i noen grad vært ute og gitt informasjon.

Resultatene fra undersøkelsen har også vist at det er mange logopeder som ikke arbeider med barneheshet. Mange begrunner dette med at de ikke har fått noen barn henvist.

Undersøkelsen og denne oppgaven har vist at resultatene ikke kan generaliseres til å gjelde alle logopeder som arbeider med hese barn. Likevel kan resultatene gi en pekepinn, og jeg kan anta at man kan se en tendens til hvordan logopeder arbeider med hese barn. Jeg har hele tiden vært klar over at jeg trolig vil motta så få svar, at dette ikke kan generaliseres.

Resultatene kan også være en personlig hjelp i senere arbeid, dersom jeg møter denne typen barn. Sammen med teorien har det gitt meg et sterkere grunnlag for å kunne møte hese barn i jobbsammenheng, og jeg har fått mange tanker og idéer om hvordan jeg som logoped på best mulig måte kan møte disse barna, og andre i miljøet rundt dem.

8.1 Videre arbeid

Empirien i min oppgave viser at mye av forskningen som er gjort i forhold til hese barn, er gjort i Sverige. Som nevnt i oppgaven er det lite som er gjort og skrevet i Norge når det gjelder barneheshet. Jeg tenker at videre arbeid innenfor dette temaet, kan være å finne ut av hvor mange barn som er hese i Norge, ved for eksempel en surveyundersøkelse, eller analysering av barnestemmer slik de har gjort i Sverige. Er heshet et stort problem, eller blir det færre og færre hese barn? Videre kunne man også gjort dybdeintervjuer med logopedene, og funnet ut mer om hvordan de arbeider med hese barn.

Jeg vil også sette fokuset litt mot logopediutdannelsen i Norge. Logopediutdannelsen ved Universitetet i Oslo er en del av master i spesialpedagogikk, mens ved Universitetet i Bergen ligger den under masterprogram i helsefag. Trolig er stemme et felt som får mer fokus i en helsefaglig utdanning, enn en pedagogisk, spesielt i forhold til anatomen og stemmeproduksjon. Ut i fra egne erfaringer under utdanningen ved Universitetet i Oslo, har jeg inntrykk av at stemmevansker, særlig stemmevansker hos barn er et område som ikke har like stort fokus som andre områder innenfor logopedien. Ut i fra det jeg har sett har det ikke vært en del av eksamensoppgavene de siste årene, og på vårt kull hadde vi ingen oppsummeringsforelesning om dette emnet, slik vi hadde med de andre emnene. I fra mitt kull er det også bare jeg som har valgt å skrive en masteroppgave om stemme.

Etter hvert som jeg har arbeidet med litteratur i forbindelse med denne oppgaven, har jeg fått inntrykk av at i andre land er logopedien mer medisinsk rettet, og knyttet opp mot sykehus eller legesentre. Det kan tenkes at logopeder, som arbeider med stemmevansker, er ansatt på sykehus, eller hos en lege, og derfor får henvisninger direkte fra leger/øre-nese-halsleger. En tanke er derfor om dette også kan gjøres i Norge, og om det vil føre til at flere hese barn blir fanget opp? En annen tanke er om det bør bli spesialisering av logopeder, som fører til at noen for eksempel kun jobber med stemme og stemmevansker. Da kan kommune og helsevesen ha en liste over disse spesialiserte logopedene, og henvise barn og voksne med stemmevansker direkte dit. Det gir også kommunene og helsevesenet valg til å henvise direkte til den spesialisten de vil ha.

Undersøkelsen har også vist at logopedene mener det i stor grad er behov for informasjon om barneheshet, til ansatte i barnehage og skole. Det viser at det kan være behov for å utarbeide informasjonsskriv, i form av for eksempel brosjyrer eller plakater. Videre må man finne arenaer for å distribuere dette ut til folk generelt, samt barnehageansatte og lærere. Og ikke minst må man finne ut av hvem som skal ha ansvaret for denne distribusjonen. En tanke er at Norsk Logopedlag, Statped og kompetansesentre bør ta del i arbeidet med å øke informasjonsflyten. Kanskje økt informasjonsflyt er stedet å starte dersom man skal fange opp flere hese barn, og at dette også kan være en hjelp til logopedene for å bli enda tryggere i sin praksis.

Litteraturliste

- Andrews, M. L. (1991). *Voice Therapy For Children*. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.
- Andrews, M. L., & Summers, A. C. (2001). *Voice Treatment for Children and Adolescents*. Clifton Park, NY: Delmar Cengage Learning.
- Aronson, A. E., & Bless, D. M. (2009). *Clinical Voice Disorders* (4. utgave). New York: Thieme Medical Publishers, Inc.
- Befring, E. (2002). *Forskingsmetode, etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Boone, D. R. (1997). *Is your voice telling on you?* (2. utgave). San Diego: Singular Publishing Group, Inc.
- Butcher, P., Elias, A., & Raven, R. (1993). *Psychogenic Voice Disorders and Cognitive Behaviour Therapy*. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.
- Ciba. (1964). *The Larynx*. Summit, NJ: Ciba Pharmaceuticals Division.
- Colton, R. H., Casper, J. K., & Leonard, R. (2011). *Understanding voice problems: a physiological perspective for diagnosis and treatment* (4. utgave). Baltimore, Md.: Lippincott Williams & Wilkins.
- De Vaus, D. A. (2002). *Surveys in social research*. Crows Nest, Australia: Allen & Unwin.
- Derkay, C. S., & Wold, S. M. (2009). Hoarseness in Children. *Pediatric Otolaryngology for the Clinician, Part 4*, 181-186.
- Folketrygdloven. (1997). *Lov om folketrygd av 28. februar 1997 nr. 19*.
- Gall, M. D., Gall, J. P., & Borg, W. R. (2007). *Educational research: an introduction* (8. utgave). Boston: Allyn and Bacon.
- Hammarberg, B., Södersten, M., & Lindestad, P.-Å. (2008). Röststörningar - allmän del. I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B. Hammarberg (Red.), *Logopedi* (s. 245-263). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hansen, T., & Trolle-Offergaard, K. (1982). *Stemmebelastning og -slitasje hos barn sett i forhold til støy som medvirkende faktor*. Hosle: Hovedfagsoppgave ved Statens spesiallærerhøgskole.
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- HELFO. (2011). *Behandling hos logoped eller audiopedagog* Hentet 27/4, 2012, fra <http://helfo.no/privatperson/dekning-av-helseutgifter/Sider/logopedaudiopedagog.aspx>

- Hirano, M. (1981). *Clinical Examination of Voice*. Wien: Springer-Verlag.
- Hunt, J., & Slater, A. (2003). *Working with Children's Voice Disorders*. Oxon: Speechmark Publishing Limited.
- Iwarsson, J. (2008). Logopedisk röstbehandling. I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B. Hammarberg (Red.), *Logopedi* (s. 264-269). Lund: Studentlitteratur AB.
- Johannessen, E., Kokkersvold, E., & Vedeler, L. (2001). *Rådgivning: tradisjoner, teoretiske perspektiver og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kleven, T. A. (2002a). Ikke-eksperimentelle design. I T. Lund (Red.), *Innføring i forskningsmetodologi* (s. 265-286). Oslo: Unipub AS.
- Kleven, T. A. (2002b). Hvilke alternative forklaringer er mulige? -Spørsmålet om indre validitet. I T. A. Kleven (Red.), *Innføring i pedagogisk forskningsmetode* (s. 139-158). Oslo: Unipub AS.
- Kleven, T. A. (2002c). Hvilken kontekst er resultatene gyldige i? -Spørsmålet om ytre validitet. I T. A. Kleven (Red.), *Innføring i pedagogisk forskningsmetode* (s. 159-175). Oslo: Unipub AS.
- Kleven, T. A. (2002d). Hvordan er begrepene operasjonalisert? -Spørsmålet om begrepsvaliditet. I T. A. Kleven (Red.), *Innføring i pedagogisk forskningsmetode* (s. 120-138). Oslo: Unipub AS.
- Lassen, L. M. (2002). *Rådgivning: kunsten å hjelpe*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lindestad, P.-Å. (2008a). Inflammatoriska och icke-inflammatoriska organiska röststörningar. I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B. Hammarberg (Red.), *Logopedi* (s. 299-314). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lindestad, P.-Å. (2008b). Neurologiskt betingade röststörningar. I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B. Hammarberg (Red.), *Logopedi* (s. 327-335). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lindestad, P.-Å., & Södersten, M. (2008). Funktionella och funktionelt organiska röststörningar. I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B. Hammarberg (Red.), *Logopedi* (s. 287-297). Lund: Studentlitteratur AS.
- Lund, T. (2002). Metodologiske prinsipper og referanserammer. I T. Lund (Red.), *Innføring i forskningsmetodologi* (s. 79-123). Oslo: Unipub AS.
- Martin, S., & Darnley, L. (2004). *The Teaching Voice* (2. utgave). London: Whurr Publishers Ltd.
- McAllister, A., Lindestad, P.-Å., & Södersten, M. (2008). Röststörningar hos barn och ungdomar. I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B. Hammarberg (Red.), *Logopedi*. (s. 279-286) Lund: Studentlitteratur AB.

- McAllister, A., Sederholm, E., Sundberg, J., & Gramming, P. (1994). Relations Between Voice Range Profiles and Physiological and Perceptual Voice Characteristics in Ten-Year-Old Children. *Journal of Voice*, 8(3), 230-239.
- NAAF. (2012). *Fakta om allergi* Hentet 15/4, 2012, fra <http://www.naaf.no/no/allergi/Nyttig-a-vite-om-allerg/>
- Nasatir, R. L. (2001). Medically Compromised Infants: A Clinical Perspective. I M. L. Andrews & A. C. Summers (Red.), *Voice Treatment for Children and Adolescents* (s. 19-53). Clifton Park, NY: Delmar Cengage Learning.
- NESH. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi* Hentet 23/3, 2012, fra <http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20282006%29.pdf>
- Nienkerke-Springer, A., McAllister, A., & Sundberg, J. (2005). Effects of Family Therapy on Children's Voices. *Journal of Voice*, 19(1), 103-113.
- NSD. (2012). *Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste* Hentet 23/3, 2012, fra <http://www.nsd.uib.no/>
- Opplæringslova. (1998). *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa av 17. juli 1998 nr. 61*.
- Pallant, J. (2010). *SPSS - Survival Manual* (4. utgave). Maidenhead: McGraw-Hill Open University Press.
- Personopplysningsloven. (2000). *Lov om personopplysninger av 14. april 2000 nr. 31*.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ruscello, D. M., Lass, N. J., & Podbesek, J. (1988). Listeners' Perceptions of Normal and Voice-Disordered Children. *Folia Phoniatr*, 40, 290-296.
- Ryen, E. (1983). Forskjeller i gutters og jenters språkbruk. I M. Gravir (Red.), *Barnet og talemålet* (s. 118-129). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rørbech, L. (2010). *Stemmebrugsleære*: Special-Pædagogisk Forlag.
- Sapienza, C., & Hoffman, B. (2000). Documentation of clinical features. I P. White (Red.), *Child Voice* (s. 105-128). Stockholm: KTH Voice Research Centre.
- Sapienza, C., & Ruddy, B. H. (2009). *Voice Disorders*. San Diego, CA: Plural Publishing, Inc.
- Sederholm, E. (1995). Prevalence of hoarseness in ten-year-old children. *Scand J Log Phon*, 20, 165-173.

- Sederholm, E. (1996a). *Hoarseness in ten-year-old children. Perceptual Characteristics, Prevalence and Etiology*. Stockholm: Department of Logopedics and Phoniatrics Karolinska Institute, Huddinge University Hospital.
- Sederholm, E. (1996b). Medical and socio-emotional factors related to chronic and acute hoarseness in ten-year-old children. I E. Sederholm (Red.), *Hoarseness in ten-year-old children. Perceptual Characteristics, Prevalence and Etiology* (s. 1-16). Stockholm: Department of Logopedics and Phoniatrics Karolinska Institute, Huddinge University Hospital.
- Sederholm, E., & McAllister, A. (1993). Om heshet hos barn. I I. Kølle, K. M. Severinsen, D. Tommerup & B. E. Kjær (Red.), *Børnестemmer II* (s. 33-46). København: Audiologopædisk Forening.
- Sederholm, E., McAllister, A., Sundberg, J., & Dalkvist, J. (1993). Perceptual analysis of child hoarseness using continuous scales. *Scand J Log Phon*, 18, 73-82.
- Shewell, C. (2009). *Voice work: art and science in changing voices*: John Wiley and Sons Ltd.
- Statped. (2011). *Føringer for inntak for språk, tale- og stemmevansker* Hentet 27/4, 2012, fra <http://www.statped.no/Kompetansesentre/Bredtvett-kompetansesenter/Tjenester-/Foringer-for-inntak-for-sprak-tale--og-stemmevansker/>
- Sundberg, J. (2001). *Röslära: fakta om rösten i tal och sång*. Malmö: Konsultfirman Johan Sundberg.
- Södersten, M. (2008). Röstens utveckling och åldrande. I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B. Hammarberg (Red.), *Logopedi* (s. 85-93). Lund: Studentlitteratur AB.
- Tveitnes, M. S. (1997). *Forebygging av barneheshet*. Stavanger: Hovedoppgave i spesialpedagogikk ved Høgskolen i Stavanger.
- Tveitnes, M. S. (2004). *Forebygging av barneheshet*. Oslo: Norsk Logopedlag.
- UiO. (2011a). *Hva er nettskjema* Hentet 20/3, 2012, fra <http://www.uio.no/tjenester/it/applikasjoner/nettskjema/mer-om/>
- UiO. (2011b). *Retningslinjer for ansvarlig datainnsamling og skjemabruk på nett* Hentet 23/3, 2012, fra <http://www.usit.uio.no/om/tjenestegrupper/datainnsamling/retningslinjer/>
- Vedeler, L. (2000). *Observasjonsforskning i pedagogiske fag: en innføring i bruk av metoder*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wilson, D. K. (1987). *Voice Problems of Children* (3. utgave). Baltimore: Williams & Wilkins.

Vedlegg

Vedlegg 1: Nettskjema

Spørreskjemaet omhandler logopeders arbeid med barneheshet. Med barneheshet menes barn som er kronisk hese. Det gjelder også barn som har utviklet en hevelse på et eller begge stemmebåndene, og barn som har utviklet stemmebåndsknuter. Barna må være mellom 3 og 12 år.

Svarene i dette skjemaet er anonyme. Spørsmål markert med * er obligatoriske.

Send

Avbryt

1. Er du i målgruppen for resten av undersøkelsen?

1.1. Arbeider du, eller har du arbeidet med barneheshet hos barn mellom 3 og 12 år i løpet av det siste året?

Hvis NEI - gå til spørsmål 1.2, hvis JA gå til spørsmål 2.1

- ☐ Nei
- ☐ Ja

1.2. Hvis nei, hva er grunnen til dette?

Velg et av alternativene under og gå til SEND nederst i skjemaet. Takk for din besvarelse!

- ☐ Jeg er student
- ☐ Jeg er pensjonert
- ☐ Jeg har ikke fått noen barn henvist
- ☐ Jeg har for lite kompetanse til å arbeide med dette
- ☐ Jeg arbeider ikke som logoped for tiden
- ☐ Fordi jeg ifølge min stillingsinstruks, ikke skal arbeide med barn
- ☐ Barna jeg arbeider med er over 12 år
- ☐ Fordi jeg det siste året har vært sykemeldt/i permisjon
- ☐ Annet

2. Bakgrunnsopplysninger

2.1. Kjønn?

- ☐ Kvinne
- ☐ Mann

2.2. Alder?

- ☐ 20-29 år
- ☐ 30-39 år
- ☐ 40-49 år
- ☐ 50-59 år
- ☐ 60 og eldre

2.3. Hvor tok du logopedutdannelsen din?

- ☐ Oslo
- ☐ Bergen
- ☐ Sandane
- ☐ Tromsø
- ☐ Trondheim
- ☐ I Utlandet
- ☐ Annet

2.4. Hvilket fylke arbeider du i?

Velg...

2.5. Er kommunen du arbeider i by- eller landkommune?

- ☐ By
- ☐ Land
- ☐ Vet ikke

2.6. Hvor arbeider du?

Kryss av flere om ønskelig

- ☐ PP-tjeneste
- ☐ Privat
- ☐ Kompetansesenter
- ☐ Sykehus
- ☐ Skole/barnehage
- ☐ Ressurssenter
- ☐ Rehabiliteringssenter
- ☐ Voksenopplæring
- ☐ Annet

2.7. Hvor mange år har du arbeidet som logoped?

- ☐ 0-5 år
- ☐ 6-10 år
- ☐ 11-15 år
- ☐ 16-20 år
- ☐ 21-25 år
- ☐ 26-30 år
- ☐ Over 30 år

3. Logopedens arbeid med hese barn

3.1. Hvor mange tilfeller av barneheshet har du arbeidet med det siste året?

Skriv inn antall barn

3.2. Hvilken tilnærming benytter du oftest når du arbeider med hese barn?

- ☐ Indirekte - rådgivning rettet mot miljøet rundt barnet
- ☐ Direkte - stemmeøvelser og samtale med barnet om stemmebruk
- ☐ En kombinasjon av indirekte og direkte
- ☐ Annet

3.3. Hva er grunnen til at du oftest benytter deg av denne tilnærmingen?

Kryss av flere om ønskelig, maksimalt TRE kryss

- ☐ Barnet er for ungt til å ta ansvar selv
- ☐ Det er kjedelig og/eller umotiverende for barn å gjøre stemmeøvelser over tid
- ☐ Familiiekultur – hele familien trenger rådgivning og/eller tiltak
- ☐ Barn glemmer fort
- ☐ Barnet er så stort at det kan jobbe med øvelser. Både hos logoped og hjemme
- ☐ Barnets ønsker
- ☐ Mest effektiv bruk av tid
- ☐ Min kunnskap/kompetanse
- ☐ Mest lønnsomt økonomisk
- ☐ Direkte øvelser er med på å minne barnet på hensiktsmessig stemmebruk
- ☐ Foreldre/foresattes ønsker
- ☐ Årsak til hesheten er avgjørende for hvilken tilnærming jeg velger
- ☐ Erfaring, holder meg til den metoden jeg har arbeidet mest med eller kan best
- ☐ Ingen av alternativene passer

3.4. I hvilken grad blir barna du arbeider med mindre hese?

- ☐ Stor grad
- ☐ Noen grad
- ☐ Liten grad
- ☐ Ingen grad

3.5. Hvor mange timer arbeider du i gjennomsnitt med hvert hese barn i løpet av en måned?

Skriv inn antall timer

3.6. Hvem bestemmer hvor mange timer du kan tilby hvert hese barn?

- ☐ Det er opp til meg å bestemme antall timer
- ☐ Bestemt antall timer ut i fra henvisende instans (eks. lege)
- ☐ Bestemt antall timer som arbeidsplassen min har fastsatt
- ☐ Annet

3.7. Er det mulighet for å forlenge timeantallet?

- ☐ Alltid
- ☐ Ofte
- ☐ Sjelden
- ☐ Aldri

3.8. Når avsluttes arbeidet?

Velg det alternativet som passer BEST for deg

- ☐ Når hesheten er borte
- ☐ Etter et bestemt antall timer
- ☐ Når tiltak ikke følges opp av barnet/foreldre/foresatte
- ☐ Når foreldre/barnet ønsker det
- ☐ Når logopeden vurderer at det ikke lenger er hensiktsmessig å fortsette arbeidet
- ☐ Annet

3.9. Hva er dine holdninger til logopedens arbeid med barneheshet?

Kryss av flere om ønskelig, maksimalt TRE kryss

- ☐ Logopedisk oppfølging er nyttig
- ☐ Jeg awenter helst situasjonen, og ser om hesheten går over
- ☐ Logopedisk oppfølging er ikke nyttig
- ☐ Logopedisk oppfølging lykkes bare dersom familien støtter opp
- ☐ Barnets personlighet er avgjørende for om logopedens arbeid fungerer
- ☐ Årsak til hesheten er avgjørende for om logopeden lykkes i sitt arbeid
- ☐ Det er vanskelig å jobbe med hese barn fordi barn er lite bevisst sin egen stemmeatferd

4. Henvisning og kartlegging

4.1. Hvem henviser oftest de hese barna til deg som logoped?

- ☐ Øre-nese-halslege
- ☐ Lege
- ☐ PP-tjeneste
- ☐ Foreldre
- ☐ Skole/barnehage
- ☐ Helsesøster
- ☐ Pedagogisk fagsenter
- ☐ Annet/andre

4.2. Henviser du barnet til øre-nese-hals undersøkelse, dersom ikke dette har vært gjort?

- ☐ Alltid
- ☐ Ofte
- ☐ Sjelden
- ☐ Aldri

4.3. Dersom du Sjelden eller Aldri henviser, hva er grunnen til det?

Velg det alternativet som passer BEST for deg

- ☐ Barnet har vært undersøkt av allmennlege
- ☐ Det er ikke mitt ansvar
- ☐ Heshet skyldes oftest feilbruk av stemmen, så øre-nese-hals undersøkelse er ikke nødvendig
- ☐ Jeg har ikke rutine for å gjøre det
- ☐ Annet

4.4. Hender det at du sender ny henvisning til øre-nese-hals lege dersom tiltak ikke fører frem?

- ☐ Alltid
- ☐ Ofte
- ☐ Sjelden
- ☐ Aldri

5. Informasjon

5.1. I hvilken grad tror du det er behov for informasjon om barneheshet til ansatte i barnehage og skole?

- ☐ Stor grad
- ☐ Noen grad
- ☐ Liten grad
- ☐ Ingen grad

5.2. I hvilken grad tror du flere hese barn hadde blitt henvist til logoped dersom ansatte i barnehage og skole hadde fått mer informasjon om barneheshet?

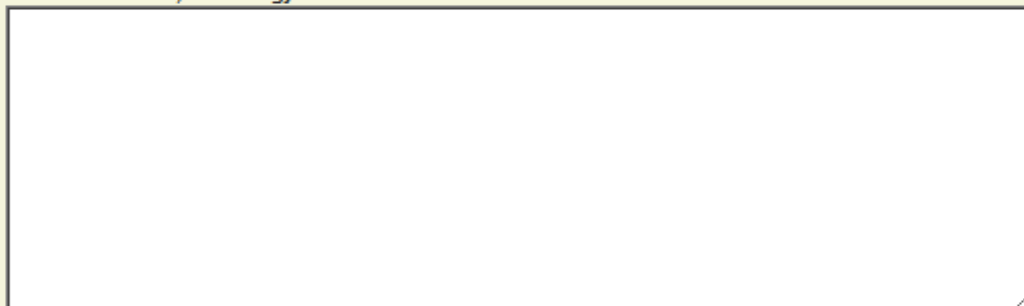
- ☐ Stor grad
- ☐ Noen grad
- ☐ Liten grad
- ☐ Ingen grad

5.3. I hvilken grad har du informert barnehage/skoleansatte om barneheshet?

- ☐ Stor grad
- ☐ Noen grad
- ☐ Liten grad
- ☐ Ingen grad

6. Annet

6.1. Dersom du har gjort deg opp noen tanker om barneheshet underveis, eller har andre opplysninger som burde komme med, kan du gjerne dele de her.



Send

Avbryt

Vedlegg 2: Informasjonsbrev

Hei!

Jeg er logopedstudent ved Universitetet i Oslo, og tar kontakt med deg i forbindelse med min masteroppgave. Din mailadresse har jeg fått ved å henvende meg til leder i ditt regionslag i Norsk logopedlag.

Jeg skriver om barneheshet. Jeg fanget interesse for dette under en forelesning, og ble i den sammenheng nysgjerrig på hvordan logopeder i Norge arbeider med dette. Med barneheshet mener jeg barn som er kronisk hese. Det gjelder også barn som har utviklet en hevelse på et eller begge stemmebåndene, og barn som har utviklet stemmebåndsknuter. Som en del av mitt masterprosjekt har jeg laget et spørreskjema om temaet, og søker logopeder til å delta i denne spørreundersøkelsen. Dersom du jobber med denne gruppen barn håper jeg at du har tid og lyst til å fylle ut hele spørreskjemaet. Spørsmålene fokuserer på dine arbeidsmetoder, erfaringer og vurderinger. Det krever ingen forberedelser. Skjemaet tar omtrent 10 minutter å fylle ut. Undersøkelsen er helt anonym.

Dersom du ikke jobber med barneheshet eller ikke jobber som logoped for øyeblikket, er det likevel til stor hjelp om du besvarer første del av spørreskjemaet.

Dette er en elektronisk undersøkelse. Du finner en link til spørreskjemaet lengre ned, og helt nederst i denne e-posten finner du brukernavn og passord som du trenger for å logge deg inn på skjemaets nettside. Tjenesten Nettskjema administreres av Universitetets senter for informasjonsteknologi, USIT, ved Universitetet i Oslo. Det besvarte spørreskjemaet vil være koblet til din epostadresse i Nettskjema, men jeg får kun utlevert spørreskjema med et ID-nummer. Dataene behandles konfidensielt i prosjektperioden, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den endelige oppgaven. Alle besvarelser og annen informasjon vil bli slettet fra Nettskjema ved prosjektets slutt, senest i utgangen av 2012. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Deltakelse er selvfølgelig helt frivillig, men hvert eneste svar er verdifullt for å kunne gjennomføre prosjektet. Du kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen, dersom du ønsker det.

Det vil bli lagret informasjon om at du har svart, men ikke sammen med din besvarelse. Denne informasjonen brukes kun til å holde orden på antall besvarelser, og til å sende ut

påminnelse til inviterte personer som ikke har sendt inn skjemaet. En påminnelse vil bli sendt ut til personer som ikke har besvart skjemaet innen 12.03.12.

Jeg håper du har lyst og mulighet til å bidra til denne kartleggingen av norske logopeders arbeid med barneheshet. Tusen takk for at du tar deg tid!

Hvis du har spørsmål om undersøkelsen kan du kontakte meg på telefon: 915 65 822, eller epost: mari.hjerpekjon@gmail.com. Du kan også kontakte min veileder, seniorrådgiver/logoped Jorid Løvbakk ved Bredtvet kompetansesenter, på epost: jorid.lovbakk@statped.no.

Med vennlig hilsen

Mari Hjerpekjøn

Vedlegg 3: Brev fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Peer Møller Sørensen
Institutt for spesialpedagogikk
Universitetet i Oslo
Postboks 1140 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 20.01.2012

Vår ref: 29299 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.01.2012. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 16.01.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

29299	<i>Logopeders arbeid med barnehesbet</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Peer Møller Sørensen</i>
Student	<i>Mari Hjerpekjøn</i>

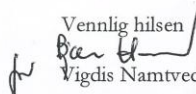
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Mari Hjerpekjøn, Marselis' gate 24 H0301, 0551 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svanva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-ame.andersen@uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 29299

Prosjektets formål er å se nærmere på hvilke tiltak logopeder iverksetter i behandling av hese barn.

Utvalget består av ca. 200 logopeder. Det oppgis at rekruttering vil foregå ved henvendelse til leder i Norges logopedlag for å få tilsendt medlemsliste. Det legges til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for utlevering av medlemslisten. Dersom medlemsopplysningene er taushetsbelagte, må rekruttering skje på annen måte, feks ved at leder for logopedlaget videreformidler informasjonsskrivet til utvalget, der de bes om å kontakte prosjektleder om de ønsker å delta.

Informasjon gis skriftlig, og samtykke gis ved at en velger å svare på spørreskjemaet.

Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredstillende, såfremt følgene endringer utføres:

- det bør tilføyes noe om bakgrunn for henvendelsen dersom rekruttering foregår som beskrevet i meldeskjema,
- navn og kontaktinformasjon for studentens veileder bør oppgis,
- tredje og fjerde setning i fjerde avsnitt endres til feks "Det besvarte spørreskjemaet vil være koblet til din epost-adresse i Nettskjema, men jeg får kun utlevert spørreskjema med et ID-nummer."
- sjette setning i fjerde avsnitt endres til: "Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeste (NSD)."
- første setning i sjette avsnitt endres til: "Dataene behandles konfidensielt i prosjektperioden, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den endelige oppgaven."

Vi ber om å få tilsendt revidert skriv før dette distribueres til utvalget.

Datamaterialet samles inn elektronisk ved hjelp av spørreskjema generert av tjenesten Nettskjema fra Universitetets senter for informasjonsteknologi (USIT) ved Universitetet i Oslo. Her vil det bli opprettet en koblingsnøkkel ved at besvarte skjema knyttes til epostadresse gjennom et ID-nummer, jf. telefonsamtale med prosjektleder 19.01.12. Prosjektleder vil ikke ha tilgang til koblingsnøkkelen.

Det tas høyde for at spørreskjemaet også vil kunne inneholde indirekte personidentifiserende opplysninger (feks. om arbeids-/utdanningssted, kjønn, alder, kommunestørrelse, antall år som logoped).

Materialet registreres og oppevares på pc i nettverkssystem tilknyttet virksomheten, og muligens på privat bærbar pc og minnepinne. Det forutsettes at eventuell behandling av datamateriale på privat bærbar pc og minnepinne er i tråd med Universitetet i Oslo sine interne retningslinjer for informasjonssikkerhet.

Datamaterialet anonymiseres når prosjektet er avsluttet, senest innen 31.12.2012. For at datamaterialet skal være anonymt må direkte personopplysninger (epostadresse/koblingsnøkkel) slettes, og indirekte personidentifiserende opplysninger (som IP-adresser og bakgrunnsopplysninger om deltageren) slettes eller grovkategoriseres på en slik måte at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.